

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

SAMANTHA CAVALCANTI COSTA QUEIROZ

**ERRO MÉDICO: INTERFACES ADMINISTRATIVAS E JURÍDICAS SOB O
ENFOQUE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DA PARAÍBA-CRM/PB**

**JOÃO PESSOA
2018**

SAMANTHA CAVALCANTI COSTA QUEIROZ

**ERRO MÉDICO: INTERFACES ADMINISTRATIVAS E JURÍDICAS SOB O
ENFOQUE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DA PARAÍBA-CRM/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Me. Filipe Mendes
Cavalcanti Leite

**JOÃO PESSOA
2018**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

Q3e Queiroz, Samantha Cavalcanti Costa.
 Erro Médico: Interfaces administrativas e jurídicas sob
 o enfoque da atuação do Conselho Regional de Medicina
 do Estado a Paraíba - CRM/PB / Samantha Cavalcanti
 Costa Queiroz. - João Pessoa, 2018.
 96f. : il.

 Orientação: Filipe Mendes Cavalcanti Leite.
 Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

 1. Conselho de Medicina. Erro médico. Infração ética.
 I. Leite, Filipe Mendes Cavalcanti. II. Título.

UFPB/CCJ

SAMANTHA CAVALCANTI COSTA QUEIROZ

**ERRO MÉDICO: INTERFACES ADMINISTRATIVAS E JURÍDICAS SOB O
ENFOQUE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DA PARAÍBA-CRM/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.


Orientador: Prof. Me. Filipe Mendes
Cavalcanti Leite

DATA DA APROVAÇÃO: 12 DE NOVEMBRO DE 2018

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Me. FILIPE MENDES CAVALCANTI LEITE
(ORIENTADOR)



Prof.^a Dr.^a ANA PAULA ALBUQUERQUE
(AVALIADORA)



Prof. Dr. PAULO HENRIQUE TAVARES DA SILVA
(AVALIADOR)

AGRADECIMENTOS

Finalizar um Trabalho de Conclusão de Curso não significa apenas cumprir a infinita lista de requisitos necessários para compor um trabalho científico ou finalizar a argumentação desenvolvida após longos capítulos, significa mais. Significa que, em meio a todos os obstáculos possíveis, mais uma etapa foi concluída, restando apenas a oportunidade para agradecer aqueles que contribuíram nesta caminhada.

Aos meus pais, Artur e Isaura, que sempre foram meus maiores incentivadores, o amor e o companheirismo de vocês me mantêm confiante independente de qualquer dificuldade. Obrigada, mãe, por sempre me apoiar em todas as minhas escolhas e cuidar de mim onde quer que eu esteja. Obrigada, pai, por sempre me lembrar de que eu não preciso ter medo de nada, que eu consigo. Dedico todos os frutos do meu trabalho a vocês.

Aos meus avós, em especial à Maria da Graças, por todo apoio e paciência, sua serenidade me deu a calma e o equilíbrio nas minhas decisões mais difíceis. A senhora é meu exemplo.

Ao meu noivo, Raphael Ulisses, por todo o companheirismo e cuidado, por compreender todos os meus objetivos e compartilhar todos os meus sonhos. Obrigada por trazer leveza e alegria aos meus dias mais conturbados.

Aos meus sogros por todo o cuidado e carinho, por torcerem sempre por mim.

Ao meu enteado, Arthur Ulisses, por sua alegria e amor contagiantes.

As minhas amigas, Camila Mattos, Gabriela Valadares, Marcela Cardim e Nathália Burity por compreenderem minha ausência e me mostrarem que eu nunca estarei sozinha. Agradeço a amizade sincera e verdadeira.

Aos meus colegas da UFPB, Antônio, Bruno, Elvira, Felipe, Gabriel, George, Guilherme, Yan, por alegrar esses anos de faculdade e aos membros do grupo NUMESC por todo incentivo e conhecimento compartilhado.

A minha amiga Dinah da Nóbrega por sua ajuda e orientação durante o curso, por todo o companheirismo. Sua amizade foi um presente que o CCJ me deu.

Ao Prof. Filipe Mendes, pela orientação, pelo apoio e dedicação na construção deste trabalho. Obrigada por acreditar no tema e ajudar a desenvolvê-lo.

Ao CRM/PB, Diretoria e colegas de trabalho, pela agradável convivência, pelo apoio durante a elaboração deste trabalho e pela disponibilização dos dados.

RESUMO

A atividade médica sempre foi motivadora de grande interesse social em virtude do seu objeto de atuação ser o cuidado com a vida humana, porém a compreensão de atividade assumiu maior relevância para o cenário jurídico atual em virtude do aumento da judicialização do ato médico e dos consequentes questionamentos sobre a responsabilidade profissional por conduta indevida. Neste contexto, faz-se necessário compreender que a atuação médica pode ser questionada não apenas por vias judiciais, mas também pela via administrativa, em virtude do papel fiscalizador e disciplinador do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina. Logo, este trabalho visa analisar a repercussão, no cenário administrativo, do exercício equivocado da médica, compreendendo a atuação do Conselho Profissional frente à prevenção e punição da infração ético-profissional e, principalmente, frente ao combate do erro médico, já que este é a infração médica que provoca a maior repercussão social. Por conseguinte, para estruturar a compreensão do tema, propõe-se o esmiuçamento dos aspectos normativos que embasam a atuação do Conselho de Medicina, esclarecendo sua finalidade, competência e área de atuação, bem como o exame da produção normativa desta entidade, realizando estudo sobre o Código de Ética Médica, essencial para a compreensão dos princípios inerente a atuação profissional, e do Código de Processo Ético Profissional, diploma que embasa a punição administrativa do erro médico. Dispõe-se, ainda, sobre a caracterização jurídica e administrativa do erro médico, abordando a responsabilização deste profissional no âmbito administrativo, civil e penal. Ademais, elabora-se um estudo comparado entre a atuação do Conselho de Medicina e suas normativas com a legislação brasileira e o poder judiciário. Por fim, objetivando a demonstração prática dos assuntos abordados durante a construção deste trabalho, apresentam-se dados estatísticos e numéricos sobre a atuação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, bem como estudo de julgados oriundos do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, visando compreender como o processamento administrativo da infração ética-profissional se assemelha à análise judicial do erro médico.

Palavras-chave: Conselho de Medicina. Erro médico. Infração ética. Responsabilidade profissional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OS CONSELHOS DE MEDICINA E OS ASPECTOS NORMATIVOS DE SUA ATUAÇÃO	10
2.1 CONSTITUIÇÃO JURÍDICA DO CONSELHO FEDERAL E DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA	10
2.2 AS DIRETRIZES IMPOSTAS PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL	16
2.3 A APURAÇÃO E A PUNIÇÃO DA INFRAÇÃO ÉTICA-PROFISSIONAL E O CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL	25
3 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E A CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DO ERRO MÉDICO – INTERFACE JURÍDICA E ADMINISTRATIVA	36
3.1 ERRO MÉDICO – CONCEITUAÇÃO E ASPECTOS GERAIS	36
3.2 A RESPONSABILIDADE CIVIL RESULTANTE DA ATUAÇÃO MÉDICA.....	44
3.3 O ENQUADRAMENTO PENAL DA VIOLAÇÃO À VIDA E À INTEGRIDADE FÍSICA	53
4 A ATUAÇÃO DO CRM/PB EM DIÁLOGO COM A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O PODER JUDICIÁRIO	60
4.1 INFRAÇÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS SOB A ÓTICA DO CÓDIGO CIVIL E DO CÓDIGO PENAL	60
4.2 O ERRO MÉDICO E O JUICIÁRIO PARAIBANO – ANÁLISE DE CASOS SOB A PERSPECTIVA CIVIL E PENAL.	68
4.3 A ATUAÇÃO DO CRM-PB QUANTO À PUNIÇÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS – ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO I.....	93

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 5º, XIII, garantiu aos brasileiros e estrangeiros residentes no país o livre exercício da profissão, devendo, entretanto serem atendidas as qualificações profissionais estabelecidas em lei. Nesse contexto, o Conselho Federal de Medicina-CFM, bem como os Conselhos Regionais de Medicina-CRM's, foram criados pelo Decreto-lei nº 7.955/45, sendo-lhes atribuída a responsabilidade de estabelecer os requisitos necessários para o exercício da medicina, zelando pela fiel observância dos princípios da ética profissional.

Posteriormente, através da Lei nº 3.268/57, o Conselho Profissional responsável pela organização da profissão médica recebeu o status de autarquia federal, sendo estabelecidas suas atribuições, bem como reiterado o caráter julgador e disciplinador do CFM e dos CRM'S fretem a qualquer atividade médica desenvolvida. Logo, diante das especificidades do objeto de atuação da medicina, através da lei em referência, foi delegada para estas autarquias uma função de extremo interesse público, qual seja, a fiscalização do exercício da profissão médica.

Utilizando-se de competência atribuída por lei, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.931/2009, visando embasar sua atuação fiscal e disciplinar, aprovou o atual Código de Ética Médica, estabelecendo, assim, as diretrizes que devem ser seguidas pelos médicos durante o exercício de sua atividade. Diante disto, a inobservância de tais preceitos passou a constituir infração ética-profissional, a qual é regularmente apurada e julgada sob a ótica do Código de Processo Ético-Profissional, recentemente alterado pela Resolução CFM nº 2145/2016.

Por conseguinte, merece ressalva o fato que dentre as infrações médicas de maior repercussão social encontra-se o erro médico, o qual está previsto no artigo 1º do Código de Ética Médica e se constitui a partir de uma atuação médica imprudente, imperita e negligente. Logo, tal ilícito pode resultar em responsabilização profissional tanto na esfera administrativa, como nos âmbitos civil e penal, sendo necessário maior detalhamento do tema.

Destaca-se, em oportuno que a responsabilização imposta ao médico é motivadora de grande interesse jurídico, já que são expressivos os números de

processos judiciais iniciados por alegações de erro médico. Porém, embora haja grande produção científica disposta a analisar a responsabilização do erro médico a partir da perspectiva do código civil ou penal, esquece-se que este fato também resulta em responsabilização administrativa imposta pelo Conselho de Medicina, sendo essencial, para que se efetive a plena defesa do médico acusado, o esclarecimento sobre como ocorre a imputação de sua responsabilização e quais são os preceitos legais nos quais ela se baseia.

O Conselho de Medicina, ao ser constituído como autarquia federal, recebendo a responsabilidade de execução de um serviço público, atua pautado nos princípios administrativos, dentre eles, o princípio da legalidade. Assim sendo, este órgão exerce sua função fiscalizadora baseado nas atribuições delegadas a ele por lei e executa seu poder disciplinar através de processo administrativo baseado nos princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório.

Neste contexto, o julgamento realizado por este órgão observa o rito estabelecido pelo CPEP e sua análise está direcionada à averiguação da ocorrência ou não de infração profissional, em virtude dos princípios estabelecidos pelo Código de Ética Médica. Neste caso, a definição do padrão ético estabelecido para a realização da atividade médica é imprescindível para a compreensão dos valores inerentes ao bom exercício da profissão, além de deixar claro ao profissional quais são os limites de sua atuação.

Constata-se, então, ser importante a familiarização dos profissionais e da sociedade com as temáticas propostas pelo Código de Ética Médica para que haja a preservação da qualidade do serviço médico e, conseqüente, a prevenção à infração ética-profissional e ao erro médico. Porém, é importante tornar claro que ao estudar as particularidades da configuração do erro médico não se possibilita apenas que o profissional torne-se conhecedor dos transtornos que pode vir a sofrer por conduta ilícita, mas também explicita para a população quando efetivamente poderá ser visualizado o erro médico, evitando que esta movimente o órgão administrativo ou o judiciário de forma equivocada.

Neste desiderato, é relevante observar em que se baseia o paciente ou o familiar no momento que presta a reclamação por erro médico, já que este apenas pode ser configurado a partir da comprovação técnica de imperícia, imprudência ou negligência, três aspectos que não se demonstram a partir do resultado do ato médico, mas sim da constatação de culpa do profissional. Assim sendo, merece

ressalva a carga emocional atrelada à denúncia por erro médico, estando esta muitas vezes vinculada ao descontentamento com o resultado obtido ou ao inconformismo com o resultado adverso.

Diante disto, discute-se qual é a obrigação assumida pelo médico no momento da execução de sua atividade, já que este lida com a vida humana, um objeto extremamente delicado e impreciso, sujeito a variantes que independem da capacidade profissional ou da boa execução do serviço. Logo, dever ser estudado se este profissional assume uma obrigação de meio, de executor da atividade, ou uma obrigação de resultado, estando vinculado à repercussão do ato médico.

Em continuação, para compreensão da questão proposta é exposto os requisitos para configuração do erro médico e da responsabilização do profissional. Logo, é analisado se o médico possui responsabilidade objetiva ou subjetiva por dano advindo de sua atuação, no aspecto civil, bem como, qual seria o enquadramento penal para uma atuação técnica impudente, negligente ou imperita, sob a perspectiva da culpa ou do dolo presente no Código Penal.

Diante das reflexões propostas, é possível observar a questão central que delimita o problema a ser enfrentado: Como se processa a apuração, a constatação e a punição administrativa do erro médico e como esta se assemelha à análise judicial de tal ilícito?

Logo, através deste trabalho busca-se compreender qual a responsabilidade do médico durante a execução de seu trabalho, como se configura o erro médico e como ocorre a punição administrativa de desta infração. Para tanto, examina-se qual o papel do Conselho de Medicina quanto à regulação da profissão médica e como este atua para que haja o cumprimento dos padrões éticos estabelecidos, além de compreender como este analisa e pune o erro médico.

Dessa forma, será realizada a exposição do histórico de constituição do Conselho de Medicina, das leis que embasam sua atuação e lhes conferem competência para fiscalizar a classe médica, bem como será esmiuçado o Código de Ética Médica, a partir da análise de três eixos temáticos: benigno/humanitário, interesse comercial/empresarial e interesse técnico/estrutural/científico. Concluída a análise do CEM, será demonstrada a forma de atuação do Conselho de Medicina através dos processos administrativos, destacado como é dado o recebimento da denúncia, o processamento da sindicância e a instauração do processo ético-profissional.

Em continuidade, apresentam-se como objetivos: (i) estudar a formação do erro médico sob os aspectos administrativos; (ii) compreender quando pode ser imputada ao médico responsabilidade civil por sua atuação profissional; (iii) como é enquadrada a atuação profissional quando resultar em dano que lese bem juridicamente relevante ao código penal, como, por exemplo, a integridade física do paciente; (iiii) demonstrar como outras infração ao CEM também podem refletir em responsabilização sob a égide do Código Civil e do Código Penal; (iiiii) compreender como o Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba julga o suposto erro médico; (iiiii) demonstrar como o Conselho Regional de Medicina julga a infração ética-profissional a partir de dados estatísticos do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba – CRM/PB.

Por fim, destaca-se que para a análise da problemática encarada pela pesquisa, acerca do processo de apuração e punição administrativa do erro médico em comparação com a análise judicial de tal ilícito, utilizar-se-á a seguinte metodologia.

Quanto ao método de abordagem, será utilizado o método hipotético-dedutivo, uma vez que a pesquisa em questão debruçar-se-á sobre o estudo das competências inerentes ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina, explorando os impactos de suas atuações frente à punição da infração ética-profissional e do erro médico, com base na Lei nº 3.268/57 e nas Resoluções do CFM e CRM'S.

Quanto às técnicas de pesquisa, elege-se a pesquisa documental direta e indireta, exploratória e qualitativa, cujo levantamento de dados realizar-se-á mediante pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental consiste na análise de fontes primárias, a exemplo de documentos oficiais. A pesquisa exploratória será realizada mediante a busca de dados objetivando compreender o procedimento administrativo das apurações éticas-profissionais no CRM/PB. No que diz respeito à pesquisa bibliográfica, ocorrerá a partir da análise de publicações relacionadas ao tema tratado na pesquisa, a exemplo de livros, artigos científicos, teses, dissertações, monografias, periódicos e sites.

2 OS CONSELHOS DE MEDICINA E OS ASPECTOS NORMATIVOS DE SUA ATUAÇÃO

A prestação do serviço médico é ação motivadora de interesse social e jurídico, tendo em vista ser a medicina uma profissão que atua diretamente com o bem jurídico mais precioso: a vida humana. Logo, diante da necessária cautela inerente à prestação dos serviços atrelados aos cuidados com a saúde, surge o Conselho de Medicina como órgão fundamental à normatização e fiscalização da prática médica.

Neste cenário, foi concedido ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina autonomia administrativa e financeira para que fosse plenamente possível a adoção das medidas cabíveis a prevenção e a punição da infração ética-disciplinar. Logo, a atividade fiscalizadora destes entes concretiza-se desde o registro profissional ao acompanhamento do exercício laboral, atuando de forma preventiva e punitiva, conforme será demonstrado nos capítulos subsequentes.

2.1 CONSTITUIÇÃO JURÍDICA DO CONSELHO FEDERAL E DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

O histórico de constituição do Conselho de Medicina remonta ao engajamento político dos médicos representantes das entidades médicas estaduais, os quais, almejando a criação de uma entidade forte e desvinculada do movimento sindical, em meados da década de quarenta, começaram a pressionar o Governo Federal para a constituição de um ente nacional capaz de abarcar todos os médicos brasileiros (MARQUES FILHO, 2004, p. 26).

Logo, foi durante o IV Congresso Sindicalista Brasileiro, realizado em Porto Alegre, em outubro de 1944, que a categoria médica expôs expressamente a reivindicação pela criação do Conselho de Medicina, impulsionando o Presidente Getúlio Vargas a promulgar o Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, o qual instituiu os Conselhos de Medicina (GRISARD; RAMOS FILHO, 2000).

Ocorre que, embora o supracitado decreto tenha atendido aos anseios da categoria pela criação de um órgão unificado, este não concedeu a autonomia

almejada, pois estabeleceu que as eleições para os membros do Conselho Regional de Medicina e para o Conselho Federal de Medicina seriam promovidas pelo Sindicato Médico. Então, tal determinação foi considerada, conforme expõe Nelson Grisard (2000), atentatória à independência do Conselho, o que resultou em pressões para elaboração de nova regulamentação.

É necessário destacar, entretanto, que o Decreto-lei nº 7.955/45 apenas foi aplicado a partir de 1951, momento no qual foi instituído o Conselho Provisório de Medicina. Assim, conforme estabelecido através dos artigos 4º e 12 do referido decreto, procedeu-se com a formação dos primeiros Conselhos Regionais, que, em eleição indireta, elegeram os primeiros membros do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1945).

Por conseguinte, diante da inexpressividade do decreto de 1945, a primeira Diretoria do Conselho Provisório de Medicina incumbiu-se de elaborar o projeto de regulamentação da lei de constituição dos Conselhos de Medicina, o qual foi intitulado Projeto de Lei nº 175-B de 1955 e encaminhado ao Congresso Nacional. Logo, após inúmeras alterações, foi sancionada, pelo Presidente da República e médico Juscelino Kubitschek, em 30 de setembro de 1957, a Lei nº 3.268/57, criando efetivamente o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina (LUZ, 1999).

Assim, o Conselho Federal de Medicina estabelece como marco temporal para sua instituição o ano de 1957, em virtude da Lei nº 3.268/57, a qual foi responsável pela constituição dos Conselhos de Medicina nos moldes atuais. Ressalta-se, entretanto, que a criação dos Conselhos Regionais de Medicina de cada Estado ocorreu em datas diferentes, sendo, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba – CRM/PB, órgão referência dos estudos desenvolvidos no presente trabalho, instituído no ano de 1958, sob iniciativa do Dr. Antônio Dias dos Santos, em consonância a legislação específica vigente, conforme informações advindas do site da própria instituição (2010).

Dessa forma, é notória a importância da Lei nº 3.268/57, visto que esta embasa toda a atuação dos Conselhos de Medicina, estabelecendo questões atinentes tanto a sua organização administrativa, como também de sua finalidade e competência. Portanto, conforme estabelece a legislação supramencionada, o Conselho Federal de Medicina – CFM e os Conselhos Regionais de Medicina – CRM, podem ser juridicamente definidos como:

Art .2º O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente. (BRASIL, 1957)

Disto isto, demonstrada a relevância da Lei dos Conselhos de Medicina para a constituição e embasamento legal da atuação destas autarquias, faz-se necessária uma análise pormenorizada da Lei nº 3.268/57, com o propósito de destacar, principalmente, os princípios jurídicos que regem a atuação destes Conselhos, suas competências, poderes e suas atribuições.

Os Conselhos de Medicina, a partir da vigência da Lei de 1957, constituíram-se em conjunto como uma autarquia, dotados de personalidade jurídica de direito público. Estes órgãos compõem, portanto, a Administração Pública Indireta, vez que, como resultado da descentralização administrativa, são pessoas jurídicas, distintas do Estado, criadas através da lei para execução das atividades de interesse público que lhes são impostas no momento de sua constituição (CARVALHO FILHO, 2017, p. 315).

Dito isto, tem-se que o Conselho de Medicina, como autarquia federal, teve sua criação motivada pela necessidade de execução de uma atividade de extremo interesse público, qual seja, a fiscalização do exercício da medicina. Logo, o CFM e os CRM's possuem direitos e obrigações inerentes à concretização do serviço público que lhes foram impostos, devendo, como órgãos da Administração Pública, pautar suas atuações nos princípios do Direito Administrativo.

Assim sendo, conforme esclarece Maria Sylvia Zanella Di Pietro, ao serem constituídos como autarquias, os Conselhos de Medicina recebem o encargo de atuar como a própria Administração Pública, ou seja, com todas as prerrogativas e restrições inerentes ao regime jurídico administrativo. Observe:

Perante a Administração Pública centralizada, a autarquia dispõe de direitos e obrigações; isto porque, sendo instituída por lei para desempenhar determinado serviço público, do qual passa a ser titular, ela pode fazer valer perante a Administração o direito de exercer aquela função, podendo opor-se às interferências indevidas; vale dizer que ela tem o direito ao desempenho do serviço nos limites definidos em lei. Paralelamente, ela tem a obrigação de desempenhar as suas funções; originariamente, essas funções seriam do Estado, mas este preferiu descentralizá-las a entidades às

quais atribuiu personalidade jurídica, patrimônio próprio e capacidade administrativa; essa entidade torna-se a responsável pela prestação do serviço; em consequência, a Administração centralizada tem que exercer controle para assegurar que a função seja exercida (DI PIETRO, 2018, p. 562).

Neste cenário, em virtude da responsabilidade inerente a prestação do serviço público, é possível destacar o Princípio da Legalidade como grande norteador da atuação do Conselho Profissional, visto que este tem sua atividade embasada não apenas na lei que lhe instituiu, mas também nos atos administrativos emanados pelo próprio órgão.

Logo, reconhecer que a atuação dos Conselhos deve ser pautada no Princípio Administrativo da Legalidade resulta em afirmar a submissão e o respeito às leis vigentes, devendo sua atuação ser estabelecida pelo legislador (PESTANA, 2014, p. 189). Dessa forma, além de observar as normas vigentes no país, também deverão restringir-se pelas atribuições que lhes foram impostas por lei.

A afirmação supracitada fica clara ao realizar a analisar as atribuições impostas ao CFM e CRM's:

Art . 5º São atribuições do Conselho Federal:

- a) organizar o seu regimento interno;
- b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
- c) eleger o presidente e o secretário geral do Conselho;
- d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
- e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
- f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
- g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimí-las;
- i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.
- j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e
- l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.

[...]

Art . 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
- f) expedir carteira profissional;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Por consequência, conforme já explicitado, o CFM e os CRM's foram legalmente autorizados a supervisionar, julgar, disciplinar e garantir o desempenho ético da atividade médica. Diante disto, surgem com o objetivo de executar atividade de interesse público que lhes foi delegada pela Administração Pública Direta e, para o cumprimento desse objetivo, concedeu-se aos Conselhos Profissionais a possibilidade de atuar pautados no Poder de Polícia.

Neste cenário, Matheus Carvalho (2017, p. 185), conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal em julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1717, afirmou que os conselhos reguladores de profissão são autarquias e atuam através do exercício do poder de polícia, já que estabelecem restrições e limitações à prestação da atividade profissional, aplicando, inclusive, penalidades em casos de descumprimento.

Conforme já elucidado, o Conselho foi instituído com a finalidade de prestar um serviço de interesse público, isto é, para supervisionar a atividade médica. Ocorre que, para concretizar esta atuação, o Conselho de Medicina necessita da utilização de mecanismos do direito positivo que permitam a restrição do interesse individual frente à coletividade. Essas ferramentas jurídicas são intituladas de Poderes Públicos, dentre os quais merece destaque o Poder de Polícia.

Ciente disto, José dos Santos Carvalho Filho (2006, p.63), ao tratar do Poder de Polícia, afirmar que este pode assumir dois significados, o primeiro, que seria em um sentido amplo, refere-se às restrições estatais frente ao direito do indivíduo. O segundo, de forma mais restrita, configura-se como:

Em sentido restrito, o poder de polícia se configura como atividade administrativa, que consubstancia, como vimos, verdadeira prerrogativa conferida aos agentes da administração, consistente no poder de restringir e condicionar a liberdade e a propriedade. (CARVALHO FILHO, 2006, p. 64)

Nesta perspectiva, é necessário destacar que a utilização do poder de polícia pela administração pública ocorre mediante a edição de Atos Normativos e Atos Concretos. Os atos normativos são tidos como genéricos e impessoais, dotados de ampla abrangência, se manifestam através de decretos, regulamentos, portarias, resoluções e instruções; o segundo, por outro lado, é destinado a indivíduo especificado, como por exemplo os atos de sancionatórios, como multas e atos de consentimentos (CARVALHO FILHO, 2006, p. 71).

Logo, os atos administrativos são os meios utilizados para a imposição das determinações inerentes ao poder de polícia e a atuação em benefício do interesse social, já que estes embasam a realização da atividade pública, permitindo tanto ao cidadão, quanto ao ente administrativo, conhecer seus parâmetros de atuação. Ressalta-se, então, que o CFM e os CRM's, como autarquias federais, editaram atos administrativos visando regulamentar a atuação médica e embasar sua competência fiscalizatória, em total observância ao princípio da legalidade.

Por conseguinte, dentre os atos administrativos emanados pelo poder público, é possível apontar as resoluções como o instrumento mais utilizado pelo CFM e os CRM's para regulamentar a atuação médica. Estas são conceituadas como atos normativos de natureza derivada que criam obrigações para uma quantidade indeterminada de pessoas, dentro dos limites legais, sendo a matéria abordada estritamente vinculada à competência específica do órgão, competência esta que foi instituída por lei ou outro ato legislativo (CARVALHO, 2017, p. 287-289).

Neste desiderato, os Conselhos Profissionais utilizam-se das resoluções para emitir os parâmetros que precisam ser obrigatoriamente observados durante a prestação do serviço médico, cumprindo a atividade disciplinar e fiscalizadora que lhes foi delegada. Assim sendo, a Resolução CFM nº 1.931/09 e a Resolução CFM

nº 2.145/2016, podem ser consideradas as de maior expressividade para a atuação dos Conselhos de Medicina, posto que foram as responsáveis pela aprovação do atual Código de Ética Médica - CEM e do Código de Processo Ético-Profissional - CPEP, respectivamente, instrumentos nos quais estão reunidos grande parte dos princípios fundamentais e das normas impostas aos médicos durante o exercício da função, bem como o rito que será seguido caso seja necessária a imposição de penalidades pelo descumprimento do disposto nos referidos diplomas normativos.

Dito isto, a análise pormenorizada do Código de Ética Médica, bem como do Código de Processo Ético-Profissional, trona-se imprescindível para a compreensão da problemática proposta neste trabalho. Logo, nos tópicos que se seguem, serão apontados os institutos de maior relevância prática para a atuação profissional, frente ao tema deste trabalho, bem como será analisado, através do CPEP, o processo administrativo responsável pela apuração e punição das infrações éticas-profissionais, direcionando, mais especificamente, o enfoque ao erro médico.

2.2 AS DIRETRIZES IMPOSTAS PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A regulamentação da atuação médica foi delegada pelo Estado ao Conselho de Medicina, tendo em vista o interesse público na regulamentação profissional diante da necessidade de imposições de limites e punições para a atividade laboral. Dito isto, em consonância com o ocorrido com as demais profissões, a conduta ética é estabelecida pelos códigos ético-profissionais, sendo o Código de Ética Médica-CEM o norteador da fiscalização do exercício da medicina.

Por conseguinte, o CEM, como instrumento regulamentar, surge com o intuito não apenas de tolher a atuação profissional, mas também de preservar as relações sociais e a harmonia necessária entre a atuação do médico e seus pacientes, tendo em vista os cuidados inerentes ao trato com os seres humanos. Assim sendo, para compreensão deste instituto, torna-se essencial sua definição:

É possível conceituar um Código de Ética Médica como uma seleção histórica de regras de comportamento moral, que se mostraram com o decorrer do tempo, eficazes e necessárias para regular a profissão médica, permitindo uma prestação eficiente de serviços profissionais e um melhor resultado de sua finalidade profissional: servir ao

homem e à humanidade, no agir com beneficência. (AVILA apud DANTAS; COLTRI, 2011, prefácio)

É necessário destacar, entretanto, que a regulamentação da atuação médica não é um fato recente, visto que nasceu na antiguidade a preocupação em estabelecer os padrões de comportamento do médico para com a sociedade e seus pacientes. Nesse contexto, é possível afirmar que a Escola Hipocrática foi a grande responsável pela análise da conduta médica, vez que promoveu a separação entre a medicina, religião e magia, formando os alicerces da medicina racional. Ao lado disso, enalteceu a responsabilidade com o ser humano como algo inerente à profissão médica, estabelecendo as normas de conduta que nortearam a vida do médico à época (REZENDE, 2009, p.31).

Assim, Hipócrates foi responsável por introduzir os conceitos inerentes à atuação ética da medicina, sintetizando o que pode ser considerado como o primeiro Código de Ética Médica da civilização. Ademais, a notória importância deste filósofo vislumbra-se pelo conteúdo atual de seus ensinamentos, uma vez que, ainda hoje, através do Juramento de Hipócrates, “os médicos proclamam o seu compromisso com as normas que os obrigam em seu trabalho e em seu relacionamento com os pacientes” (MIRANDA-SÁ JR, 2013, p.298).

Em continuidade, destaca-se que, embora nítida a relevância do tema, no Brasil, o aparecimento do Código de Ética Médica ocorreu apenas no início do século XX, através da adoção integral do Código de *Éthica* Médica da Associação Médica Americana. Porém, conforme esclarece Affonso Renato Meira (2010, p.19), o Código de *Éthica* Médica foi seguido apenas por aqueles que quiseram obedecer, de acordo com sua ética pessoal, pois não havia ainda órgão fiscalizador ou regulador.

Dessa forma, é possível afirmar que, embora tenham existido outros Códigos de Ética Médica posteriores ao supracitado, o enriquecimento do papel educativo e punitivo destes diplomas apenas se efetivou em 1951, com a efetiva aplicação do Decreto-Lei nº 7.955 de 13 de setembro de 1945, quando foi criado o Conselho Federal Provisório de Medicina com atuação reduzida ao registro profissional médico e a aplicação de sanções.

Necessário destacar, ainda, que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, editada pela Organização das Nações Unidas-ONU em 1948, teve grandes reflexos na estruturação dos códigos de ética, vez que foi concebida uma

noção de dignidade inerente à condição humana. Portanto, estabeleceu-se que a postura de preservação da vida em todas as suas nuances e particularidades deve ser uma exigência imposta a atuação de todos os profissionais, adotando, assim, uma visão mais preocupada com o interesse coletivo.

Sendo indiscutível a necessidade de consideração da vida humana durante o exercício da medicina, Costa, Oselka e Garafa(1998, p.232) sintetizam brilhantemente a temática:

Desse modo, reconhecida a vida como um valor, foi que se chegou ao costume de respeitá-la, incorporando-a ao *ethos* de todos os povos, embora com algumas variações, decorrentes de peculiaridades culturais. Assim, independente de crenças religiosas ou de convicções filosóficas ou políticas a vida é um valor ético. Na convivência necessária com os outros seres humanos cada pessoa é condicionada por esse valor e pelo dever de respeitá-lo tenha ou não consciência o mesmo.

Dito isto, é possível afirmar que todo sistema de normas comportamentais deve privilegiar ações direcionadas a preservação da vida, sendo as ações destinadas a este fim de observância obrigatória e seu descumprimento punível em virtude do prejuízo causado a pessoa específica ou ao grupo.

Neste cenário, é possível apontar que o Conselho Federal de Medicina, ao instituir o Código de Ética Médica de 2010, atualmente vigente, através da Resolução CFM nº 1931/2009, enalteceu como princípio fundante a preservação da vida e a atuação médica humanizada em benefício da coletividade dentre seus princípios fundamentais. Vejamos (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA,2010, p.30):

I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

[...]

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

[...]

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

[...]

Destaca-se, entretanto, que outras temáticas são abordadas com relevância por este código, dentre elas é possível destacar a autonomia da atividade profissional, o incentivo ao aprimoramento da técnica médica, o exercício digno da profissão e o respeito à intimidade do paciente. Logo, para melhor compreensão das temáticas abordadas neste trabalho, faz-se necessário realizar uma organização em blocos dos interesses jurídicos presentes nas normas estabelecidas pelo Código de Ética.

Assim, o Código de Ética Médica será dividido em três eixos de discussão: interesse benigno/humanitário, interesse comercial/empresarial e interesse técnico/estrutural/científico. Porém, ressalta-se que, embora tais linhas de análise reflitam áreas relevantes para a atuação profissional, estas não findam os assuntos normatizados pelo CEM.

Neste desiderato, objetivando a compreensão lógica do CEM, o interesse benigno/humanitário deste encontra-se amparado na preservação do objeto central da atuação médica, a vida humana. Em resultado a isto, o código de ética é permeado de artigos que direcionam o médico a atuar não mais orientado apenas à cura da doença, mas sim aos cuidados com o ser humano em estado de fragilidade.

Em complemento, Genival Veloso de França (2010) sintetiza tal entendimento. Observe:

Elegeram-se a categoria de “ser humano” e não a simples condição de paciente. Não tratava apenas da restauração da saúde do doente, mas do “ser humano e da coletividade”, sem discriminação de qualquer natureza. O risco seria não transformar o ser humano numa abstração e apenas o paciente como realidade. Outro fato alentador era o reconhecimento da autonomia do paciente, em face do respeito pelos direitos humanos, quando do exercício do ato médico. (FRANÇA, 2011, p. 04)

Destaca-se, então, que o CEM estabelece o compromisso do médico não mais com a doença, mas sim com a concepção de ser humano. Assim sendo, a regulamentação da atuação médica promove um destaque essencial aos direitos do paciente, já que este não é apenas receptor de um serviço, mas também um ser humano que deve ter sua intimidade psicológica e física preservada.

Neste contexto, merece destaque a postura participativa do paciente junto ao consentimento do procedimento médico que será realizado, visto que o Código de

Ética estabelece a necessidade da inclusão deste paciente no entendimento do caso e do tratamento que será realizado. Esta necessidade de instrução do paciente é tão relevante que recebeu destaque no Capítulo IV do CEM. Observe:

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. [...] (CEM, 2010, p. 46)

Por conseguinte, é possível afirmar que esta preocupação explícita do Conselho Federal de Medicina quanto ao envolvimento do paciente durante o atendimento médico é reflexo de outro eixo temático abordado pelo CEM, o caráter empresarial/comercial atualmente atrelado ao desenvolvimento da atividade médica. Isto se deve ao visível caráter consumerista impregnado na sociedade atual que motiva distorções nas relações interpessoais, e, conseqüentemente, reflete na relação médico-paciente.

Nesse contexto, a mercantilização da medicina aparece como um dos principais problemas enfrentados hoje pelo CFM, posto que a estruturação social está direcionada ao consumo, provocando crescente mitigação dos padrões éticos essenciais à atuação da medicina.

A Medicina, principalmente nestes últimos anos, sofreu uma vertiginosa evolução, o que vem obrigando o médico a enfrentar situações que estão em sensível conflito com sua formação e com o seu compromisso histórico. Não tem sido fácil traçar normas de conduta profissional numa atividade que, assustadoramente, vai cedendo à pressão de uma sociedade consumista e pragmática. A depender dela, a tendência é sufocar mais e mais o frêmito da sensibilidade hipocrática, já tão ameaçada de ceder ante a intolerância e as imposições dos tempos hodiernos. Isso porque as soluções nem sempre emergem das necessidades reais da população, mas dos sistemas elaborados por certos interesses que as elites têm sobre todos nós. Engendra-se uma mentalidade tão imediatista que o homem começa a ser deslocado para um plano ético e político na qualidade de simples coisa, inexpressivamente inserido dentro de uma pungente realidade que ele criou e não sabe mais controlar (FRANÇA, 2011, p.3).

Necessário explicitar, então, que a estrutura econômica adotada interferiu na prestação do serviço médico, vez que a atuação liberal da medicina, com vínculos diretos e pessoais entre o médico e seu paciente, cedeu espaço a atuação médica intermediada por planos de saúde e hospitais, tornando o médico um simples operador da medicina, sem vínculos de pessoalidade e intimidade com seu paciente.

Assim, observa-se uma modificação na estruturação da relação médico-paciente, sendo esta agressivamente tolhida pelo contexto social vigente, posto que grande parte da categoria médica teve sua liberdade de atuação barrada por determinações administrativas de hospitais ou de seguradoras de saúde, exercendo a atividade com horário pré-estabelecidos, com metas a bater e sem vínculos individuais permanentes com o paciente (LUZ, 2014. p.2).

Em virtude disto, a atividade normativa do CFM transpassa sua preocupação quanto à possibilidade de perda de parte da essência da medicina, uma vez que os agentes externos inerentes a uma cultura de exaltação do lucro provocaram a massificação das relações sociais e o consequente distanciamento da relação médico-paciente. Neste sentido:

Na década de 90 a situação se agravou, tornando-se epidêmica depois da virada do século, contaminando outras atividades distantes da medicina, mas que, direta ou indiretamente, sobre ela exercem profunda influência. O encontro do paciente com o seu médico, ou seja, a própria essência da medicina, foi relegado a plano secundário, distorcido, contaminado e, por vezes, prostituído. De atividade eminentemente pessoal passava, a medicina, a atividade empresarial. Como dizia Ivan Illich na obra *A expropriação da saúde*, de 1975, “quando os cuidados médicos e a cura tornam-se monopólios de organizações ou de máquinas, a terapêutica transforma-se inevitavelmente em ritual macabro” (NEVES, 2010, p. 141-142).

É indiscutível, portanto, a necessidade de impedimentos normativos à mercantilização da medicina, já que esta organização capitalista resulta em um atendimento médico mais impessoal, com alteração nas próprias denominações dos sujeitos, deixando de existir o “médico” e seu “paciente”, para existir o “prestador de serviço” e o “usuário”, sob a ótica da sociedade de consumo, deixando o interesse primordial na preservação da vida do ser humano em segundo plano (BERGESTEIN, 2013, p.24). Visando conter a exaltação dos aspectos financeiros atrelados ao exercício profissional, o Código de Ética Médica, além do enfoque nos

aspectos humanitários da medicina, estabelece, em seu Capítulo VIII, a total desvinculação desta profissão às atividades comerciais e estabelece:

Capítulo VIII
REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL
É vedado ao médico:
Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

[...]

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

[...]

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos. (CEM, 2010, p. 53-54).

A importância das limitações supramencionadas não apenas pode ser vislumbrada em capítulo específico, mas está permeada em toda a extensão do CEM, bem como em resoluções e pareceres emitidos pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina. Tal fato revela a preocupação com a preservação dos ideários da medicina, bem como com a viabilidade prática da atuação profissional direcionada ao caráter humanitário.

Por conseguinte, destaca-se, que a regulamentação da remuneração profissional é tema de extrema relevância, vez que a Lei nº. 3.268/57 estabelece como atribuição dos Conselhos de Medicina a preservação do prestígio e do bom conceito da profissão, aspectos estes que estão inerentemente condicionados a uma boa remuneração profissional. Porém, ainda merece ressalva o fato que o recebimento de recursos de forma desvinculada da atividade comercial, farmacêutica, política ou religiosa, e em quantitativo satisfatório, permite tanto uma atuação profissional focada na atenção para com o paciente, como também o investimento em aprimoramento profissional.

Em continuação à estrutura lógica aqui apresentada quanto à análise do Código de Ética Médica, demonstrados os reflexos do capitalismo na mercantilização da medicina, bem como a necessidade de preservação dos aspectos financeiros atrelados ao bom desenvolvimento da prática médica, faz-se necessária a análise das questões técnicas/científicas.

Conforme já exposto, o bem maior a ser preservado durante a atuação médica é a vida humana. Neste contexto, tratar das questões técnicas e científicas requer, de igual modo, o aprofundamento quanto à responsabilidade do médico diante do exercício de sua função.

O Código de Ética Médica aborda a questão da Responsabilidade Profissional em seu Capítulo III, apontando a postura que deverá ser adotada pelo médico tanto no tratamento com o seus colegas, como durante a sua atuação direta com o seu paciente. Em oportuno, antes de aprofundar nesta temática, é preciso tratar acerca da autonomia da atuação médica, para só após adentrar na questão da responsabilidade do profissional.

Embora os Conselhos de Medicina sejam órgãos aos quais a atuação médica está vinculada, é necessário entender que este fato não retira do médico seu direito de autonomia durante o exercício de sua profissão. Logo, preenchidos os requisitos inerentes à inscrição médica no Conselho de sua jurisdição, o profissional está livre para atuar como achar cabível e tal liberdade origina-se através da imposição da responsabilização pessoal por seus atos.

Contextualizando a ideia exposta, tem-se que o médico é livre para realizar qualquer ato médico, dentro de qualquer especialidade que se sinta apto a atuar, porque, caso cometa alguma infração, será responsabilizado pessoalmente. Nestes moldes, a Lei nº 3.268/57 afirma:

Art . 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade(BRASIL, 1957).

Permite-se compreender a partir do texto citado que não é possível exigir qualquer título para a atividade médica, mas sim unicamente seu registro junto ao órgão regulador. Deste modo, embora o exercício profissional seja livre, as

qualificações profissionais exigidas pelo artigo 5º, inciso XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 são constituídas pela graduação em curso de medicina reconhecido pelo Ministério da Educação e pelos requisitos estabelecidos pelo Conselho Profissional como condicionantes à inscrição.

Neste desiderato, associado à imposição da responsabilização profissional do médico no exercício de sua função, o Conselho Federal de Medicina também estimula de forma direta o aprimoramento profissional, já que a excelência na prestação dos serviços de saúde está intimamente ligada ao constante aprimoramento técnico e o estímulo a produção científica na área. Este entendimento encontra-se presente dentre os princípios fundamentais do CEM, mais precisamente no inciso V, o qual afirma: “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente” (CEM, 2010, p. 36).

A importância do aprimoramento de conhecimentos através da associação dos recursos mais atualizados com as técnicas básicas aprendidas durante a formação acadêmica reflete de forma considerável no desenvolvimento da medicina e no bom prestígio da classe médica. Desta feita, tem-se que o trato com a vida humana impõe um compromisso do seu executor com o desenvolvimento tecnológico e científico, posto que é essencial para sua conduta atuar com o máximo de zelo e utilizar de toda sua capacidade técnica.

Logo, trata-se de um dever do profissional a atualização técnico-científica. Compreende-se:

Para o pleno e ideal exercício da profissão médica, na sua forma individual ou coletiva, não se exige apenas uma habilitação legal. Há também se se requerer deste facultativo um aprimoramento sempre continuado, adquirido através de conhecimentos recentes da profissão, no que se refere as técnicas dos exames e dos meios modernos de tratamento, sejam nas publicações especializadas, nos congressos, cursos de especialização ou estágios em centro de serviços hospitalares de referencia. (FRANÇA, 2011, p. 20).

Isto posto, finalizando os eixos de análise propostos para a compreensão didática dos principais pontos abordado pelo Código de Ética Médica, é possível afirmar que existe uma lógica na regulamentação profissional realizada pelo Conselho de Medicina. Tal lógica direciona-se primordialmente à preservação não apenas da boa prática médica, mas também da dignidade da pessoa humana.

Por conseguinte, conclui-se que o intuito do Código de Ética Médica é garantir que o profissional utilize todos os meios ao seu alcance para prestar um serviço de excelência. Logo, para que se atinja a excelência almejada por este, faz-se necessária a observância aos princípios humanitários introduzidos após a Declaração Universal de Direito Humanos, bem como que a existência de uma remuneração profissional satisfatória, que permita a atuação do profissional de forma desvinculada dos padrões consumeristas e, por último, que este profissional esteja empenhado em melhorar os padrões de seus serviços, mantendo-se atualizado e contribuindo para a produção científica.

2.3 A APURAÇÃO E A PUNIÇÃO DA INFRAÇÃO ÉTICA-PROFISSIONAL E O CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

O Código de Processo Ético-Profissional - CPEP é o instrumento que possibilita ao Conselho de Medicina reparar um direito violado, vez que embasa a apuração e a execução das penalidades impostas ao descumprimento dos preceitos estabelecidos pelo Código de Ética Médica. Dito isto, tem-se que o CPEP apresenta as características gerais de um processo judicial comum, porém sua estrutura segue parâmetros semelhantes ao Processo Administrativo-Disciplinar.

Neste desiderato, o Processo Ético-Profissional – PEP apresenta-se como uma espécie de Processo Administrativo, o qual visa à apuração de falta ética do médico durante seu exercício profissional ou em face deste (FRANÇA; FRANÇA FILHO; LANA, 2010, p.5). Logo, os procedimentos de apuração de eventuais faltas médicas estão previsto no Código de Processo Ético-Profissional, instituído pela Resolução CFM nº 2.154/2016, o qual foi reformulado em total consonância com o Novo Código de Processo Civil, implementado pela Lei nº 13.105/2015.

Diante disto, os processos que tramitam administrativamente nos Conselhos Regionais de Medicina e no Conselho Federal de Medicina, seguem uma lógica de organização semelhante aos processos judiciais, visto que este foi o formato considerado pelo CFM como adequado para a atuação mais ágil e simples nos processos. Tal fato é de possível constatação a partir da leitura do artigo 4º do CPEP.

Art. 4º A sindicância e o PEP terão forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo e os despachos, pareceres, notas técnicas, petições e decisões ou acórdãos juntados em ordem cronológica, sendo vedada a juntada de qualquer peça ou documento no verso de folhas já constantes nos autos. (CPEP, 2017, p.14)

Destaca-se, em oportuno, que a organização dos processos administrativos em formatos judiciais é realizada pelo Setor de Processos do Conselho Regional de Medicina, sendo os servidores responsáveis pela formação da pasta processual, ou seja, pela colocação de capas, numeração e disposição dos documentos recebidos. Logo, em analogia ao Novo Código de Processo Civil, mais precisamente a Seção V, o servidor do Conselho Regional de Medicina atuará em semelhança ao escrivão judicial, sendo de sua responsabilidade a juntada, por termo, de todos os documentos acostados aos autos administrativos (CPC, 2015, Seção V).

Por conseguinte, é imprescindível estabelecer que a instrução dos processos administrativos não possui qualquer conexão com a instrução criminal, mas sim é realizada através de instrução própria, a qual será denominada de Sindicância. Trata-se de um procedimento administrativo instaurando sob a justificativa de apuração de fatos com indícios de irregularidade nos quais é possível se visualizar os indícios de autoria.

Neste contexto, a instrução administrativa do PEP inicia-se após a verificação dos requisitos estabelecidos pelo CPEP, dentre os quais merece destaque a identificação do denunciante, a qualificação do médico denunciado e a juntada de provas.

Art. 12. A sindicância será instaurada:

I– de ofício pelo próprio CRM;

II–mediante denúncia escrita ou verbal, com identificação completa do denunciante, na qual conste o relato circunstanciado dos fatos, e quando possível, a qualificação completa do médico denunciado, com a indicação das provas documentais.

§ 1º A denúncia verbal deverá ser tomada a termo por servidor designado.

§ 2º A denúncia deverá ser dirigida ao CRM, devidamente assinada pelo denunciante, seu representante legal ou por procurador devidamente constituído.

§ 3º Caso a denúncia esteja deficiente a ponto de comprometer sua exata compreensão em relação aos fatos e provas, o corregedor poderá conceder ao denunciante prazo de 15 dias para sua complementação.

§ 4º Se o denunciante não cumprir o disposto no parágrafo antecedente, o corregedor levará a denúncia para apreciação da

câmara de sindicância, onde poderá ser arquivada ou determinada a instauração de sindicância de ofício, para apurar os fatos nela contidos.

§ 5º A sindicância poderá ser arquivada por desistência da parte denunciante a critério de decisão da Câmara do CRM e, somente será admitida nos casos em que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º do Código Penal), assédio sexual ou óbito do paciente.

§ 6º A denúncia anônima não será aceita.

Em complemento, tem-se que o contencioso ético-disciplinar será instaurado a partir do preenchimento de dois polos processuais, o denunciante e o denunciado, podendo o Conselho de Medicina atuar *ex officio*, em virtude do conhecimento indireto do fato, assumindo a sociedade o polo de denunciante. Assim sendo, compostos os polos processuais, verificados os requisitos para recebimento da denúncia, será analisado se foram apresentados elementos fáticos e documentais suficientes para abertura de sindicância.

Aberta a sindicância no local de ocorrência dos fatos, esta deverá ser realizada em 180 (cento e oitenta) dias, salvo a extensão do prazo por motivos justificados, sendo o conselheiro sindicante indicado pelo Corregedor. Logo, realizado o relatório conclusivo deste procedimento de instrução administrativa, este será apreciado pela Câmara de Sindicância que optará pela realização de Conciliação, Termos de Ajuste de Consulta, Arquivamento, Instauração de PEP ou instauração de Processo Administrativo para Apuração de Doença Incapacitante. (CPEP, 2017, p.16-17)

O primeiro encaminhamento realizado pela Câmara de Sindicância, conforme estabelece o CPEP, será a conciliação nos casos em que não existirem lesão corporal de natureza grave, assédio sexual ou óbito do paciente, sendo vedado acordo que aborde questões pecuniárias. Neste sentido, faz-se importante frisar a definição do procedimento em questão:

[...] a conciliação implica na atividade do conciliador, que atua na tentativa de obtenção da solução dos conflitos sugerindo a solução sem que possa, entretanto, impor sua sugestão compulsoriamente, como se permite ao árbitro ou ao juiz togado. O conciliador tenta demover as partes a solucionar o conflito acatando suas ponderações e alternativas para a resolução do conflito que, entretanto, depende da anuência das partes. (SCAVONE JUNIOR, 2018, p. 275)

Por conseguinte, como se trata de um acordo entre as partes, o próprio código estabelece que após a homologação do Termo de Acordo pela Câmara de Sindicância, não será mais cabível recurso. Tal fato, conforme exposto anteriormente deve-se ao caráter não impositivo do procedimento, o que induz afirmar que o acordo será realizado de forma voluntária e não seria, por lógico, cabível recurso ao acordo de vontade.

Outra alternativa à instauração de Processos Ético-Profissionais é o Termo de Ajuste de Conduta -TAC, instrumento cabível quando o Conselho Profissional atuar em nome da sociedade, uma vez que atuará no papel de compromitente e o médico denunciado como compromissário. Neste contexto, Carvalho Filho define o TAC como: “[...] o ato jurídico pelo qual a pessoa, reconhecendo implicitamente que sua conduta ofende interesse difuso ou coletivo, assume o compromisso de eliminar a ofensa através da adequação de seu comportamento às exigências legais” (CARVALHO FILHO, 2005, p. 211-212)

Em continuação, faz-se necessário ressaltar que o TAC é um termo sigiloso, devendo ser assinado por um membro da Câmara de Sindicância, ou pelo Corregedor, e pelo médico ou empresa médica infratora. Ademais, esse instituto não é cabível nos mesmos casos impeditivos de conciliação, sendo embasado pelo inciso II, artigo 17 do CPEP e pela Lei nº 7.347/85.

Por outro lado, antes de iniciar a análise do PEP em espécie, ressalta-se que ainda será possível que a Câmara Sindicante opte pelo arquivamento da denúncia, caso não sejam verificados os indícios de infração ao CEM, bem como poderá ocorrer o processo administrativo para apuração de doença incapacitante, o qual ocorrerá em sigilo e sob a análise de junta médica.

Passando a análise do Processo Ético Profissional, é possível afirmar que este se inicia pela instrução processual. Trata-se, em verdade, da fase destinada ao embasamento probatório do processo, é o momento oportuno para a apresentação do fato e do direito que embasam o processo.

Neste sentido, em comparação ao direito processual civil brasileiro, a fase instrutória pode ser definida como:

Destina-se à coleta do material probatório, que servirá de suporte à decisão do mérito. Reconstituem-se por meio dela, no bojo dos autos, os fatos relacionados à lide. É a de contornos menos definidos, as partes já começam sua atividade probatória com a inicial e a contestação, momentos em que, de ordinário, devem

produzir a prova documental (NCP, art. 434).²⁹ Saneado o processo, porém, surge um momento em que os atos processuais são preponderantemente probatórios: é o da realização das perícias e o da primeira parte da audiência de instrução e julgamento, destinada ao recolhimento dos depoimentos das partes e testemunhas (THEODORO JÚNIOR, 2017, p.753).

Dito isto, é importante frisar que o PEP será iniciado com uma exposição por escrito sobre as circunstâncias que de fato constituem a infração ao Código de Ética Médica. Feito isto, passará para a fase de Citação do Denunciado, momento em que este será chamado para compor o processo, dando-lhe ciência dos fatos que lhe foram imputados, bem como lhe dando a oportunidade de defesa.

Nestes termos, é possível afirmar que a fase instrutória é responsável pela reconstrução do ocorrido, por reestabelecer os pontos históricos que serão essenciais para a compreensão do julgador, no caso, o colegiado julgador que se compõe no Conselho de Medicina. Visto isto, Carnelutti afirma:

Foi dito que o juiz faz a história; não é tudo o que se deve dizer dele, mas o certo é que a primeira de suas responsabilidades é exatamente o da história, ou melhor, o da historiografia, concebia em seus termos mais estritos e infelizmente insuficientes. O historiador perscruta no passado para saber como ocorreram as coisas. Os juízos que ele pronuncia são, portanto, juízos de realidade ou, mais exatamente, juízos de existência; em outras palavras, juízos históricos (CARNELUTTI, 2001, p.46).

Em complemento, é necessário afirmar que a citação do denunciado é acompanhada de cópia da denúncia com as capitulações das infrações éticas arguidas para que seja possibilitada a defesa. Logo, é recebida a citação pelo denunciado ou, em caso de não localização, é realizada a citação por edital através do Diário Oficial e do Site do respectivo CRM, conforme estabelece os artigos 35 a 38 do CPEP. O médico terá o prazo de 30 (trinta) dias para apresentação de sua Defesa Prévia.

A necessidade de apresentação da Defesa Prévia pauta-se no Princípio Constitucional da Ampla Defesa e do Contraditório, previsto no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal. Neste sentido, tem-se que as peças processuais devem ser submetidas ao contraditório, momento em que se dá ciência às partes de todos os atos processuais para que possam, assim, manifestar-se, e, conseqüentemente, permitir a ampla defesa do acusado, ou seja, conceder que este apresente sua defesa pessoal e técnica. Neste sentido Capez complementa que:

Nessa ótica assumem especial reflexo as fases de instrução probatória e da valoração das provas. As partes têm direito não apenas de produzirem suas provas e de sustentar suas reflexões, mas também de vê-las seriamente apreciadas e valoradas pelo órgão jurisdicional. (CAPEZ, 2009, p. 21)

Neste desiderato, a continuidade dos trâmites processuais sem o recebimento da Defesa do acusado gera nulidade do processo, tendo em vista o cerceamento de defesa, devendo, então, no caso de ausência de respostas do denunciado regularmente citado (revel) ou da ausência de comparecimento daquele citado por edital, ser nomeado defensor dativo, pago pelo Conselho Instrutor, para que seja efetivado o contraditório e seja apresentada a defesa. Assim, para que o acusado ou o defensor possa alegar tudo que lhe é de interesse, é garantido pelo artigo 39, parágrafo segundo do CPEP o direito de vistas dos autos na secretaria do CRM e também a realização de cópias.

Em um segundo momento, após a apresentação da defesa, o instrutor atua visando o embasamento documental para a realização do livre convencimento dos julgadores. Entenda:

Nesta fase, o Conselheiro Instrutor tomará depoimentos, poderá promover acareações, fará diligências, com inspeção *in loco* se necessárias, ouvirá testemunhas, valer-se-á de técnicos e assessores especializados para as perícias procedentes, examinará documentos e tudo o que for importante para a formação da convicção dos julgadores. Em todos esses procedimentos, as partes devem ser notificadas, por elas próprias ou por seus procuradores legalmente constituídos. Não havendo mais nada a produzir, as partes são chamadas a ter vistas dos autos e um prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das alegações finais (FRANÇA; FRANÇA FILHO; LANA, 2010, p.30-31).

Desta feita, após a leitura da citação acima, destaca-se que o papel do conselheiro-instrutor será, além de ordenar as provas apresentadas, concedendo seu deferimento ou as indeferindo, em virtude da licitude de sua produção, conduzir a audiência de instrução, momento no qual será realizada: (i) a produção de provas orais, através da escuta e solicitação de esclarecimentos às testemunhas arroladas; (ii) inquirição do depoimento dos denunciantes e denunciados, questionando sobre as circunstâncias dos fatos; (iii) acareações objetivando dirigir os pontos divergentes entre as provas orais obtidas pela escuta das testemunhas e partes. Ademais, cabe

ao instrutor à submissão ao contraditório das provas emprestadas e das gravações.

Finalizada a instrução processual, as partes deverão ser intimadas e será aberto o prazo sucessivo de 15 (quinze) dias para a apresentação das alegações finais, primeiramente ao denunciante, e em seguida, ao denunciado. Feito isto, serão designados os conselheiros relator e revisor para a produção de relatórios. Assim, determina o CPEP:

Seção IV

Do Julgamento do PEP no CRM

Art. 82 O conselheiro corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, designará os conselheiros relator e revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração dos respectivos relatórios.

§ 1º O relatório deverá conter o nome da parte, a identificação do caso, com a síntese do conteúdo do relatório conclusivo da sindicância e também a síntese da defesa prévia e/ou alegações finais, bem como o registro das principais ocorrências havidas no andamento do processo.

§ 2º O conselheiro sindicante não poderá ser designado como relator ou revisor do PEP, mas poderá participar do julgamento e emitir voto.

§ 3º O conselheiro instrutor poderá ser designado relator ou revisor e participar do julgamento com emissão de voto.

§ 4º O relator ou revisor poderá, mediante despacho fundamentado, requisitar ao conselheiro corregedor que remeta os autos ao conselheiro instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo prazo de 30 (trinta) dias para seu cumprimento.

§ 5º Na hipótese do § 4º deste artigo, o prazo estabelecido poderá ser prorrogado uma única vez, mediante justificativa escrita.

Art. 83. Designados relator e revisor, o conselheiro corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento. (CPEP, 2017, p. 37).

Destaca-se em oportuno, após a leitura dos dispositivos do CPEP em referência, que a intimação das partes para presença no julgamento deverá ocorrer com a antecedência mínima de 10 (dez) dias, prazo que será computado a partir da juntada do aviso de recebimento dos correios nos autos. Logo, marcada a sessão de julgamentos, esta deverá ser iniciada pelo Presidente da Sessão, pessoa responsável por apregoar o processo a ser julgado, promover a apresentação das partes e de seus procuradores, bem como questionar se estes conhecem o rito inerente ao processo e em caso de negativa, explicar-lhes (BEHRENS, 2010, p. 148).

Em continuação a explanação da Sessão de Julgamento, superadas as providências iniciais, terá início a leitura do relatório do relator e, em seguida, a leitura do relatório do revisor, feito isto serão levantadas preliminarmente as prejudiciais de mérito, com a concessão de 10 (dez) minutos para que as partes se manifestem sobre o acolhimento ou rejeição da liminar. Logo após, será igualmente concedido o tempo de 10 (dez) minutos para o denunciante e, sucessivamente, para o denunciado, objetivando a realização de sustentação oral quanto ao mérito.

Encerrada a sustentação oral das partes, será concedida a palavra aos conselheiros julgadores, para questionamento e debate intermediado pelo presidente da sessão. Finalmente, será facultado às partes a utilização do tempo de 5 (cinco) minutos para as sustentações orais finais e, após findados, sem a necessidade de vistas ou diligência requeridas pelos conselheiros, inicia-se a tomada de votos pelo relator e revisor. *Ipsi Literis*:

Art. 87. Inexistindo pedido de vista dos autos ou a necessidade de realização de diligências, o presidente da sessão tomará o voto do conselheiro-relator e, após, do conselheiro revisor de forma escrita e integral, que deverá ser lido nesta ordem:

I- quanto às preliminares relativas;

II- quanto à culpabilidade;

III- quanto à capitulação;

IV- quanto à pena a ser aplicada, se for o caso.

§ 1º Em seguida, o presidente da sessão indagará aos conselheiros se há voto divergente.

§ 2º Caso haja divergência em relação às preliminares, o voto deverá ser proferido de forma escrita. Em seguida, o presidente da sessão tomará o voto individual dos conselheiros presentes à sessão, devendo consignar em ata o resultado.

§ 3º Caso haja divergência em relação ao mérito, o voto divergente deverá ser proferido de forma escrita e integral, que deverá ser lido obedecendo à ordem do art. 87 e incisos. Em seguida, o presidente tomará o voto individual dos conselheiros presentes à sessão, devendo consignar em ata o resultado.

§ 4º Quando houver divergência entre três ou mais votos, dar-se-á a votação obedecendo-se a seguinte ordem:

I- culpabilidade: condenação com a capitulação dos artigos ou absolvição;

II- cassação do exercício profissional (art. 22, “e” da Lei nº 3.268/57);

III- penas públicas (art. 22, “c” ou “d” da Lei nº 3.268/57) ou reservadas (art. 22, “a” ou “b” da Lei nº 3.268/57).

§ 5º Em todas as hipóteses previstas no caput deste artigo, o voto deverá ser proferido e considerado de forma integral.

§ 6º O presidente da sessão votará sequencialmente e, havendo empate, proferirá o voto de desempate. (CPEP, 2017, p. 39-41).

Explicitados de forma objetiva os principais pontos inerentes a compreensão do processo de apuração e julgamento das infrações éticas profissionais, cumpre afirmar, para finalizar, que das decisões impostas pelo Conselho de Medicina é cabível recurso, devendo este apenas obedecer às formalidades impostas pelo CPEP para a sua impetração, dentre as quais é possível destacar, o seu cabimento e a tempestividade.

Em continuidade, chegando ao ponto crucial deste capítulo, é possível constatar que apenas há a imposição de penas após o trânsito em julgado da decisão disciplinar, ou seja, com a realização do devido processo legal. Logo, a Lei nº 3.268/57, atribuiu ao Conselho Profissional a competência para aplicação das penalidades estabelecidas em seu artigo 22, observe:

Art . 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:
a) advertência confidencial em aviso reservado;
b) censura confidencial em aviso reservado;
c) censura pública em publicação oficial;
d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal. (BRASIL, Lei nº 3.268/52, 1952)

Desta feita, a lei em questão estabeleceu a aplicação gradativa destas penalidades, enaltecendo a individualização da pena, ou seja, sua adequação ao fato julgado. Assim, no parágrafo primeiro, do artigo 22 desta lei, fica claro que será obedecida a gradação imposta, salvo nos casos de gravidade explícita, o que impõe uma proporcionalidade entre a infração praticada pelo médico e a pena que este sofrerá:

É essencial que as penas se harmonizem, porque é essencial que se evite mais um grande crime do que um crime menor, aquilo que agride mais a sociedade do que aquilo que a fere menos. [...] É um grande mal, entre nós, fazer sofrer a mesma pena aquele que rouba nas estradas e aquele que rouba e mata. É claro que, para a segurança pública, deveria ser colocada alguma diferença na pena. (MONSTESQUIEU, 1996, p. 100-101)

Esmiuçando tais penalidades, conforme já destacado, a disposição legal organizou as penas de forma gradativa, da mais branda para a mais severa. Assim, após o médico infrator ter sua condenação transitada em julgado, proceder-se-á com a execução da pena estabelecida, o que poderá ocorrer em caráter confidencial ou público.

As penas impostas em caráter confidencial serão executadas com a anotação no prontuário do médico, com a juntada de cópia do acórdão, ou seja, ocorrerá o registro junto à pasta do médico sob a guarda do Conselho Regional. Por outro lado, as penalidades não confidenciais serão executadas mediante publicação na empresa nacional, com a realização de anotação no prontuário médico e, caso se trata de pena de suspensão ou cassação, ocorrerá a comunicação expressa aos estabelecimentos de saúde com o quais o médico possua vínculo.

Por outro lado, embora seja cabível o registro dos deméritos do profissional médico em seu prontuário, este registro, independentemente da gravidade da pena, não poderá ser realizado na carteira profissional, uma vez que, conforme estabelece a Lei nº 3.268/56, em seu artigo 18, parágrafo quarto, a carteira profissional é um documento de identidade, possuindo, inclusive fé pública.

Neste sentido, esclarece-se:

E mais: anotar as penalidades na carteira profissional do médico é uma maneira de humilhar, de estigmatizar e de punir em caráter permanente. A pena deve ter o sentido de reeducar, ressocializar e recuperar o autor da infração. Nunca o sentido de achincalhar ou menosprezar quem quer que seja. Uma punição que se continue sempre pelo seu efeito, mesmo depois de cumprida a medida punitiva, é infamante e arbitrária. Existe apenas para envilecer e, só por isso, ela já é injusta e inconsequente. (FRANÇA; FRANÇA FILHO; LANA, 2010, p.121)

É possível concluir, então, que a punição de infração ao CEM concretiza um ideal de justiça, na qual o médico será punido por atuar de modo danoso a sociedade. Logo, quanto maior os reflexos negativos da conduta médica, maior será a exteriorização da pena, sendo esta necessária não só como meio de coibir e desencorajar a prática do ato, mas também para provocar uma reflexão educativa quando aos resultados de uma conduta antiética, prevenindo a ocorrência de novo fato punível.

Neste sentido, pode-se observar que o principal objetivo das orientações impostas pelo Conselho de Medicina é o de demonstrar a necessidade do exercício profissional ético, vez que a inobservância dos parâmetros estabelecidos pelo CEM pode gerar grande prejuízo não só para o paciente, como também para o médico, visto que este precisará responder por sua atuação deficitária. Assim, a punição realizada por esta autarquia reflete na prevenção à infração ética-profissional, pois incentiva uma atuação médica mais atenta e precavida, já que a responsabilização

do médico causa grandes transtornos e abala o prestígio deste profissional para com seus pacientes e colegas de trabalho.

Desta feita, concebido o embasamento para a compressão das atividades desenvolvidas pelos Conselhos de Medicina, bem como, compreendido os parâmetros legais que embasam sua atuação como julgador e disciplinador da classe, visando o incentivo à boa prática profissional e a prevenção ao descumprimento dos preceitos éticos, passa-se à análise da infração de maior visibilidade legal presente dentre as estabelecidas pelo CEM, o erro médico. Ademais, será demonstrado como é configurado este ilícito nas esferas civil e penais de, buscando embasar uma análise comparativa da atuação dos Conselhos de Medicina e do Poder Judiciário Paraibano frente à prevenção e punição do erro médico.

3 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E A CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DO ERRO MÉDICO – INTERFACE JURÍDICA E ADMINISTRATIVA

A medicina, profissão permeada por singularidades, possui como objeto de atuação e estudo a vida humana. Neste contexto, seu exercício está intrinsecamente relacionado a riscos elevados e fatalidades, que muitas vezes traspassam a capacidade técnica do profissional, fazendo com que este necessite de normas que o oriente durante o exercício da atividade médica e iniba condutas nocivas à sociedade.

Por conseguinte, em virtude da delicadeza inerente à atividade desenvolvida, a inadequada prestação do serviço médico resulta na responsabilização direta do profissional, o qual se depara não só com as penalidades impostas pelo Código de Ética Médica, mas também com a possível responsabilização civil e penal. Por conseguinte, o erro médico será visualizado quando restar comprovado que o profissional atuou com inobservância às regras técnicas e científicas ou em desconsideração à conduta profissional padrão, ocasionando dano ao seu paciente (FRANÇA, 2011, p.57)

Neste desiderato, em observância ao já mencionado sobre o erro médico, faz-se necessário o estudo das peculiaridades desta infração ética, bem como de seus reflexos nos demais ramos do Direito.

3.1 ERRO MÉDICO – CONCEITUAÇÃO E ASPECTOS GERAIS

O erro, visto de forma ampla, faz parte do processo de aprendizagem do ser humano, podendo ocorrer tanto no campo pessoal, quanto no ramo profissional. Porém, os equívocos resultantes de certos atos assumem relevância social quando ultrapassam a esfera pessoal e passam a refletir de forma prejudicial em terceiros, provocando a necessária responsabilização do executor do ato danoso.

Dito isto, tem-se que o ponto de maior relevância quanto ao erro encontra-se na gravidade de seu resultado, sendo este o motivo da grande repercussão provocada pelo erro médico, já que o efeito adverso, em questões médicas, pode ser sinônimo de morte ou de dano irreversível à saúde do paciente. Neste contexto, a diferença primordial entre a relevância de um erro resultante da atuação de um

técnico em eletrônica, por exemplo, e o erro resultante da atuação médica estaria no fato de que o primeiro apresenta apenas prejuízos financeiros ou materiais, enquanto o segundo resulta em dores físicas imediatas. Nesse sentido:

O médico com certeza não comete mais erros do que outros profissionais de nível superior em saúde ou até fora do âmbito da saúde, como em Direito, Arquitetura, Administração etc. Com certeza, bem menos. Se não vejamos. A diferença principal está na quase proibição formal do erro face à natureza própria do trabalho e seu objetivo de restaurar ou aprimorar a condição humana. Embora para o médico a medicina seja um compromisso de meios, para o paciente e a sociedade ela é vista como uma cruel expectativa de resultados. O doente vai ao médico em busca de resultados, e, quase sempre imediatos, mostra-se ansioso, com sua vida em jogo e não transige na busca de resultados substantivos e positivos. Isso torna quase proibitivo o erro médico. Os resultados são quase sempre visíveis a olho nu, a curto prazo e revestidos de uma expectativa inconveniente. Vale lembrar que o resultado adverso em medicina pode ser sinônimo de morte, diferente do resultado adverso do conserto de um aparelho eletrodoméstico, de um depósito bancário malfeito ou outros serviços prestados pela sociedade. (GOMES, 1994, p.6)

Por conseguinte, direcionando a análise à temática proposta por este trabalho, é possível definir erro médico como um dano provocado ao paciente em virtude de uma conduta profissional atípica e inadequada, a qual, através de uma ação ou inação, é capaz de ocasionar danos à vida ou à saúde do paciente. Ratificando e complementando tal entendimento, Júlio Cesar Meireles Gomes e Genival Veloso de França afirmam:

Erro médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência. Cabe diferenciar erro médico oriundo do acidente imprevisível e do resultado incontornável. Acidente imprevisível é o resultado lesivo advindo de caso fortuito ou força maior, incapaz de ser previsto ou evitado, qualquer que seja o autor em idênticas circunstâncias. Por outro lado, o resultado incontornável, de curso inexorável, próprio da evolução do caso – quando, até o momento da ocorrência, a ciência e a competência profissional não dispõem de solução. (GOMES; FRANÇA, 1998, p. 243)

Assim sendo, o erro médico caracteriza uma infração ética-profissional, a qual está expressamente prevista no Código de Ética Médica, mais precisamente no artigo 1º, Capítulo III, que exprime vedação à atuação médica imperita, imprudente e negligente, que cause dano ao paciente (CEM, 2010, p. 42). Tal imposição apenas é

reflexo da sistemática protetiva estabelecida pelo CEM, visto que é dever do médico empenhar toda a sua capacidade técnica na prestação do serviço de saúde e nos cuidados para seu paciente.

Destaca-se, então, que o dever de atuação diligente é justificado em virtude da obrigação de meio assumida pelo médico durante a execução de sua atividade, o que acarreta em afirmar, caso sua atuação resulte em fato adverso do esperado, que sua responsabilização será analisada a partir da existência ou não de culpa na conduta médica. Neste cenário, a imposição de pena ao agente do dano dependerá da obrigação assumida por este antes e durante a execução de seus serviços, o que no caso do profissional médico seria a obrigação de atuar como meio/instrumento capaz de viabilizar, dentro dos padrões técnicos, uma finalidade específica, como, por exemplo, a cura, e não de garantir que este fim seja concretizado. (GIOSTRI, 2009, p.75)

Faz-se necessário, então, o entendimento do conceito de obrigação, para que seja realizada a análise sobre a responsabilização profissional pelo erro médico. Dito isto, obrigação, para o civilista Washington de Barros Monteiro (1988, p.8) é: “A relação jurídica, de caráter transitório, estabelecida entre devedor e credor e cujo objeto consiste numa prestação pessoal e econômica, positiva ou negativa, devida pelo primeiro ao segundo, garantindo-lhe o adimplemento através de seu patrimônio”.

Logo, a obrigação deve ser classificada a partir da observância ao fim que se destina, podendo esta ser de meio, de resultado ou de garantia. A primeira consiste na responsabilização do executor da ação pela utilização dos meios devidos para que se atinja um objetivo; no segundo tipo de obrigação, o executor se obriga a obter o resultado, concretizando o objetivo inicialmente planejado; por último, a obrigação de garantia visa a eliminação de risco sobre credores.

Em virtude disto, afirmar que a atuação médica é caracterizada, em geral, por uma obrigação de meio, consiste em concluir que o médico compromete-se a realizar uma prestação pessoal em favor de um terceiro, obrigando-se a agir em conformidade com a técnica e a ética médica, atuando, assim, com o máximo de zelo e diligência, em benefício da saúde de seu paciente.

Neste sentido, Carlos Roberto Gonçalves afirma:

Diz-se que a obrigação é de meio quando o devedor promete empregar seus conhecimentos, meios e técnicas para a obtenção de

determinado resultado, sem no entanto responsabilizar-se por ele. É o caso, por exemplo, dos advogados, que não se obrigam a vencer a causa, mas a bem defender os interesses dos clientes; bem como o dos médicos, que não se obrigam a curar, mas a tratar bem os enfermos, fazendo uso de seus conhecimentos científicos.

[...]

Se a obrigação assumida por esses profissionais fosse de resultado, seriam eles responsabilizados civilmente se a causa não fosse ganha ou se o paciente viesse a falecer.

Quando a obrigação é de resultado, o devedor dela se exonera somente quando o fim prometido é alcançado. Não o sendo, é considerado inadimplente, devendo responder pelos prejuízos decorrentes do insucesso. Exemplo clássico de obrigação dessa natureza é a assumida pelo transportador, que promete tacitamente, ao vender o bilhete, levar o passageiro são e salvo a seu destino. (GONÇALVES, 2017, p. 192 -193)

Em continuação, levando em consideração a atuação médica constituída pela obrigação de meio, a concretização do erro médico apenas ocorrerá quando o profissional não atuar dentro dos padrões científicos e éticos e isso causar prejuízo ao paciente, posto que o objeto contratado é a atuação zelosa e tecnicamente correta do médico, ou seja, contrata-se o profissional para que seja diligente quanto ao serviço prestado. Nestes moldes, sobre a postura diligente do médico, Giostri afirma:

O Código Civil não especifica o que seria diligência, mas pode-se bem entender – em especial no caso do profissional médico – que ela se traduz pela observância às normas técnicas e que, aquele que as cumpre, realiza uma prestação tecnicamente perfeita, ainda que o melhor resultado não seja atingido. (GIOSTRI, 2002, p. 123)

Em resumo, dois são os elementos que embasam a configuração do erro médico: o primeiro é a inobservância técnica, a qual é resultado da imprudência, imperícia ou negligência profissional; o segundo é a comprovação do dano/lesão ao paciente resultante de ato médico.

O CEM, ao tratar da responsabilização profissional, afirma ser vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, em virtude de atuação imprudente, imperita ou negligente. Por conseguinte, Eduardo Dantas e Marcos Coltri, ao comentarem a vedação referenciada, destacam que esta demonstra a intolerância social quanto à atuação médica descuidada e ao descaso das instituições de saúde com a qualidade do serviço médico prestado e, então, analisam os possíveis “déficits” da atuação médica:

A *negligência* vem a ser a ausência do emprego de precauções adequadas para a prática de determinado ato ou adoção de procedimento, relevando desleixo, desatenção, indolência, enfim, o desinteresse, o descaso e o descompromisso para com a conduta desempenhada.

A *imperícia* consiste na incapacidade, na falta de conhecimentos técnicos ou habilitação para o exercício de determinada atividade. Ou, ainda, pode ser qualificada como o desempenho de uma atividade relativa a uma profissão desconhecida pelo praticante, relevando inaptidão genérica ou específica. No caso do exercício da medicina este requisito é tido como presumido pelo registro do diploma, e pela inscrição no Conselho Regional de Medicina de sua área de atuação.

Por fim, a *imprudência* se caracteriza pela inobservância do dever de cautela na adoção de certas práticas ou procedimentos. É o triunfo da falta de moderação, da insensatez e da precipitação sobre a experiência, o bom senso e o profissionalismo. (DANTAS; COLTRI, 2011, p.73-74)

A partir desta conceituação, seria possível diferenciar tais concepções de forma prática ao afirmar que o médico é negligente ao deixar de realizar ação que constituía um dever, imprudente quando ultrapassa os limites da segurança e realiza ato que não deveria ser feito e imperito quando atua com imperfeição por falta de conhecimento de técnica específica. Destaca-se, entretanto, que embora o CEM estabeleça como livre a atuação profissional, esta deve ser realizada com consciência, reconhecendo o médico os limites de sua capacidade, já que este responde pessoalmente por todos os atos praticados.

Por outro lado, é necessário afirmar que o erro médico pode ser analisado sob dois enfoques, um jurídico e um ético-profissional, podendo, sob a percepção de Genival Veloso de França, a essencialidade de comprovação do dano pode ser relativizada quando analisada através desta última perspectiva. O doutrinador reconhece que sem a existência do dano não há como ser atribuída a responsabilização profissional tal como é prescrita pelo CEM, mas esclarece que a concretização do dano é dispensada quando for comprovado que o médico expõe seu paciente a perigo desnecessário. *In verbs*:

[...]Sem a existência de um dano real e efetivo não se caracterizaria a responsabilidade médica, tal qual se entende pelo enunciado deste dispositivo.

Todavia, do ponto de vista ético-moral isso independe de um resultado danoso.

A determinação concreta do dano é indispensável em relação à configuração da culpa como instituto jurídico, tanto para estabelecer

a extensão da pena como para liquidar o dano, porque nestes casos a culpa não se presume, ela deve ser provada. Entendo que na apreciação da responsabilidade ética seja irrelevante a presença do dano, basta a exposição de perigo desnecessária. (FRANÇA, 2011, p.63)

O entendimento supracitado motiva uma reflexão mais extensa quanto à constituição do dano, pois traz a baila o entendimento de que a exposição ao perigo desnecessário per si já provocaria o dano, podendo o ato negligente, imperito ou imprudente ser considerado um dano capaz de gerar a apreciação da responsabilidade ética do profissional. Tem-se que, embora se trate de um entendimento singular, este encontra respaldo no próprio CEM, quando, em meio aos seus princípios fundamentais, impõe como dever médico do empenho pela melhor adequação do tratamento ao paciente, visando a eliminação e o controle de riscos. Observe:

Capítulo I
Princípios Fundamentais
[...]

XII – O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos a saúde inerente da atividade médica. (CEM, 2010, p.37)

Desta feita, é possível apontar que por mais que não possa ser observado um dano palpável resultante da conduta médica irregular, configurando o erro médico, esta atuação fora dos padrões de diligência e técnica será sim considerada uma infração ao Código de Ética Médica, motivando a apuração e punição pelo Conselho de Medicina. Logo, feito tal esclarecimento, tendo em vista que a constituição do dano embasa maiores discussões quando analisado sob a perspectiva jurídica do erro médico, o estudo deste será aprofundado em tópico subsequente.

Assim sendo, explicitado que a responsabilização do médico está atrelada ao caso de sua conduta ser realizada em desacordo com aos padrões éticos e científicos, torna-se imprescindível tratar acerca das diferenças entre as figuras do erro médico, do acidente imprevisível, do mal incontrolável e do resultado indesejado.

O acidente imprevisível, conforme depreende-se da significação das próprias palavras, é o prejuízo causado ao paciente em virtude de um fato novo e inesperado ocorrido durante a realização do ato médico. Tal fato é caracterizado como caso fortuito ou de força maior, tendo em vista que não poderia ser evitado por qualquer

profissional nas mesmas circunstâncias, inexistindo a possibilidade de falar de culpa do agente na produção do evento. (FRANÇA, 2011, p.63)

Em continuidade, o mal incontrollável é aquele resultante da inexistência de capacidade técnica capaz de conter a evolução do quadro clínico do paciente. As consequências são resultado do próprio desenvolvimento da doença. Este ocorrerá quando o fato médico possui curso inexorável, sem solução médica cabível. (GOMES; DRUMOND; FRANÇA, 2001, p.27)

Por fim, o resultado indesejado pode ser vislumbrado quando, mesmo atuando de forma diligente e utilizando de todos os recursos disponíveis, o resultado não atende às expectativas criadas pelo paciente. Isto ocorre porque o paciente concretiza no médico sua busca por resultados imediatos que satisfaçam suas necessidades e anseios, desconsiderando, em muitos casos, as nuances inerentes ao desenvolvimento da medicina (BORGES, 2014, p. 255).

Em conclusão, após a compreensão das peculiaridades intrínsecas aos eventos acima esmiuçados, é possível deduzir que nem todo resultado de ato médico tido pelo paciente como adverso, insatisfatório ou até lesivo, poderá ser caracterizado como erro médico. Logo, deve-se ter em mente a fragilidade do corpo humano, bem como deve-se estar ciente dos riscos inerentes ao ato médico.

Se, por um lado, não há erro médico sem dano, o inverso não é verdadeiro. Poderá haver dano na relação médico-paciente sem caracterizar erro médico. No estudo da iatrogenia (iatros = médico, genos= geração), ou seja, no “estudo das alterações patológicas provocadas no paciente por tratamento de qualquer tipo” 10, as lesões previsíveis e esperadas, decorrentes do próprio procedimento, como as cicatrizes cirúrgicas, as amputações de membros gangrenados e a retirada de órgãos internos afetados por neoplasia, por exemplo, são legitimadas pelo próprio exercício regular da profissão médica, no qual a lesão seria a única forma de intervir para a cura ou melhora do paciente. A lesão previsível, mas inesperada, decorrente do risco de qualquer procedimento, como a anafilaxia determinada por um anestésico, que caracteriza uma reação idiossincrásica e, portanto, individual, própria do paciente, podendo, inclusive, provocar o óbito, não poderá ser imputada a erro médico. (CORREIA-LIMA, 2012, p. 22)

Pois bem, compreendida a proposta da reflexão acima transcrita, é imprescindível apontar que a caracterização do erro médico, quer seja sob o viés ético, seja pelo jurídico, necessita de uma análise técnica detalhada, uma vez que este é pautado no nexo causal existente entre uma atuação profissional deficitária e

um resultado lesivo para o paciente. Logo, a relevância de uma perícia técnica sobre o ato médico danoso é imprescindível para responsabilização médica, tendo em vista que permitirá uma análise do caso de forma apartada da comoção provocada por um paciente em estado de fragilidade, bem como permitirá o embasamento técnico para a constatação do erro médico ou de um dano provocado por um fato imprevisível, incontrollável ou indesejado.

Dito isto, é preocupante a abordagem midiática realizada sobre o tema, vez que esta trata de forma vulgarizada o erro médico, repassando informações eivadas de vícios, sem qualquer embasamento técnico. Este cenário resulta, então, na mistificação das obrigações impostas ao médico, o qual tem sua imagem maculada pela indevida cobrança de resultados médicos, bem como, de sua responsabilização por estes, quando, em verdade, sua obrigação é apenas de meio. (OJEDA, 2012).

Respalhando tal entendimento, José Dias Aguiar afirma:

Há, sem dúvida, uma generalização injusta na designação da Máfia de Branco, porque a maioria dos médicos trabalha silenciosamente e os que procedem mal têm enorme publicidade, seja nas colunas sociais, em que, realmente, não se sabe o que hão de aprender ou ensinar, profissionalmente, seja no noticiário mal-aventurados tratamentos, cujas vítimas não se conformam com seus funestos resultados. (AGUIAR, 2006, p.381)

Neste desiderato, visualiza-se a ocorrência fática de um julgamento popular, muitas vezes sem embasamento legal e técnico que o justifique, o qual apenas colabora para a vulgarização do erro médico, pulverizando um ideário distorcido sobre responsabilidade profissional. Destaca-se, ainda, que a rapidez com que as informações são disseminadas, além de macular o bom prestígio da medicina, ao pintar o erro médico como ato corriqueiro, também incentiva o aumento de denúncias sobre, dentre as quais, muitas, equivocadamente, confundem a mera insatisfação com o resultado do procedimento com o dano provocado pelo erro médico.

Tal fato, foi, inclusive, tema de recente entrevista concedida pelo Corregedor do CRM/PB, a época, Dr. Wilberto Trigueiro, o qual relata:

Muitas das vezes, na opinião da Corregedoria do CRM-PB, os denunciante não sabem diferenciar o que é um "erro médico" ou um "mau resultado" quando procuram o órgão para "alfinetar" o profissional da medicina. "Uma cirurgia não muito boa acaba sendo

um mau resultado, já o erro médico ele é mais complexo, mais detalhado [...] (PBAGORA, 2017)

Neste contexto, o crescente número de julgados sobre o chamado erro médico, pode ser reflexo de uma validação, por parte do judiciário, do sentimento de justiça presente no paciente que se considera lesado, gerando insegurança jurídica frente à mitigação dos ideais de igualdade. Assim, Judith Martins-Costa, destaca: “Uma jurisprudência sentimental, divorciada da dogmática, e uma doutrina que substitui a produção dogmática por palavras de ordem, ainda que embaladas por bons propósitos, desservem ao Direito, pois dissolvem o sistema”.(MARTINS-COSTA, 2006, p. 32).

O aumento na judicialização da atividade médica supra referenciado pode ser demonstrado através do levantamento realizado, em 2014, pela Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética – Anadem, a qual apontou que em dez anos o STJ registou um aumento de 1.600 % (mil e seiscentos por cento) dos casos envolvendo denúncias contra médicos. (ANADEM, 2015). Constata-se, então, que a expressiva judicialização da atividade médica justifica a relevância jurídica do tema, sendo necessário o aprofundamento deste sob as demais perspectivas do direito.

Desta feita, passa-se à análise da atuação médica e sua responsabilização sob a abordagem do Código Civil, Código Penal e Código de Defesa do Consumidor.

3.2 A RESPONSABILIDADE CIVIL RESULTANTE DA ATUAÇÃO MÉDICA

As noções de responsabilidade civil foram introduzidas nas relações humanas em virtude da necessidade de penalizar e reparar, normalmente através de valores pecuniários, aqueles que, ao cometerem ilícitos, violaram e feriram os direitos de outrem. Tal instituto possui suas raízes históricas no princípio *neminem laedere*, traduzido como o compromisso de não prejudicar/lesar a outrem, introduzido pelo Código de Justiniano, o qual objetiva possibilitar um convívio social pacífico e harmônico, devendo o violador de tal princípio reparar o dano causado (FERNANDES, 2015).

Em complemento, encontre-se no dicionário jurídico o seguinte verbete:

RESPONSABILIDADE. S. f. (Lat., *de respondere*, na acep. de assegurar, afiançar.) Dir. Obr. Obrigação, por parte de alguém, de responder por alguma coisa resultante de negócio jurídico ou de ato ilícito. OBS. A diferença entre responsabilidade civil e criminal está em que esta impõe o cumprimento da pena estabelecida em lei, enquanto aquela acarreta a indenização do dano causado. (SIDOU, 1994, p.679)

Por conseguinte, a relevância jurídica do princípio supracitado pôde ser vislumbrada com sua introdução no texto constitucional brasileiro, expresse, por exemplo, pelo artigo 5º, inciso V e X da Constituição Federal. Tal preceito também se encontra presente em vários outros instrumentos normativos brasileiros, merecendo relevância para a análise em questão, os artigos 186 e 927 do Código Civil Brasileiro, bem como os artigos 12 e 14 do Código de Defesa do Consumidor.

Código Civil

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

[...]

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. (BRASIL, 2002)

Código de Defesa do Consumidor

Art. 12. O fabricante, o produtor, o construtor, nacional ou estrangeiro, e o importador respondem, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos decorrentes de projeto, fabricação, construção, montagem, fórmulas, manipulação, apresentação ou acondicionamento de seus produtos, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua utilização e riscos.

[...]

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. (BRASIL, 1990)

Após a leitura dos supracitados textos legais, destaca-se a essencialidade de ocorrência de dano para que haja a responsabilização do agente. De forma que, para que seja constituído o ato ilícito, deve ter existido uma ação ou omissão

juridicamente qualificada e que esta tenha sido responsável pela constituição do dano.

Neste cenário, Pablo Stolze e Rodolfo Pamplona afirmam:

De tudo o que se disse até aqui, conclui-se que a noção jurídica de responsabilidade pressupõe a atividade danosa de alguém que, atuando a priori ilicitamente, viola uma norma jurídica preexistente (legal ou contratual), subordinando-se, dessa forma, às consequências do seu ato (obrigação de reparar).

Trazendo esse conceito para o âmbito do Direito Privado, e seguindo essa mesma linha de raciocínio, diríamos que a responsabilidade civil deriva da agressão a um interesse eminentemente particular, sujeitando, assim, o infrator, ao pagamento de uma compensação pecuniária à vítima, caso não possa repor in natura o estado anterior de coisas. (GAGLIANO;PAMPLONA FILHO, 2017, p.858)

Neste sentido, dano pode ser conceituado como uma agressão a direitos ou interesses jurídicos tutelados, sejam eles patrimoniais ou não, causados por ação ou omissão de um sujeito autor de ato ilícito. Há, então, uma violação do patrimônio moral ou material de um ente da sociedade, acarretando uma lesão a um direito subjetivo com repercussões na coletividade. (STOLZE; PAMPLONA FILHO, 2017, p.882)

Pois bem, conforme já explanado, será concretizado um ato ilícito quando uma ação resultar em dano a outrem. O agente da ação, então, poderá ter a produção do dano como sua finalidade, sendo assim uma ação dolosa, poderá ter assumido o risco de provocar o dano, na forma culposa, ou o dano pode ter sido originado a partir de fato alheio a sua vontade, ausente o nexo de causalidade inerente a sua responsabilização.

Em oportuno, é necessário ressaltar que o nexo de causalidade é elemento essencial para imposição da responsabilização civil, seja ela objetiva, ou subjetiva, uma vez que conecta a conduta ao resultado, de forma que não haveria como tratar de responsabilização, se a ação realizada não resultou em dano para terceiro. Logo, este elemento imaterial seria o responsável por constituir uma relação de causa e efeito entre uma conduta ilícita e o dano suportado por outrem, demonstrando que a ação ou omissão de um agente resultou de forma direta em dano para outra pessoa e, por isso, tem o dever de ressarcir a parte lesada, devendo o nexo de causalidade ser analisado e comprovado através do caso concreto. (TARTUCE, 2017, p.447)

Realizado tal esclarecimento, tem-se que as figuras do dolo e da culpa podem ser estudadas de forma conjunta, momento em que o termo “culpa” torna-se genérico e a responsabilidade do agente é analisada a partir do conceito de culpa *lato sensu*. Dito isto, sedimentando a análise realizada sobre o dolo e a culpa *stricto sensu*, Flávio Tartuce introduz:

O dolo constitui uma violação intencional do dever jurídico com o objetivo de prejudicar outrem. Trata-se da ação ou omissão voluntária mencionada no art. 186 do CC. Nos termos do que consta do art. 944, caput, do Código Civil, presente o dolo, vale a regra do princípio da reparação dos danos, o que significa que todos os danos suportados pela vítima serão indenizados. Isso porque, presente o dolo do agente, em regra, não se pode falar em culpa concorrente da vítima ou de terceiro, a gerar a redução por equidade da indenização. Porém, se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano (art. 945 do CC). (TARTUCE, 2017, p. 341)

No mesmo sentido, complementa, Giselda Fernandes:

Em suma, enquanto no dolo o agente quer a conduta e o resultado, a causa e a consequência, na culpa a vontade não vai além da ação ou omissão. O agente quer a conduta, não, porém, o resultado; quer a causa, mas não quer o efeito. (HIRONAKA, 2007, p.131-132).

Desta forma, há na ação dolosa um elemento intencional quanto ao resultado, o que não é visualizado no caso da culpa *stricto sensu*, uma vez que nesta o agente não possui preocupação quando ao resultado que venha a ser causado, seja para evitá-lo ou incentivá-lo, trata-se de uma atuação negligente, imprudente ou imperita. Diante disto, conclui-se que a conduta é suscetível à vontade do agente, o que faz com que este seja juridicamente responsável pelas consequências destas.

Por conseguinte, em caso de dolo, a responsabilização do agente será analisada sob o enfoque da culpa em sentido genérico, estabelecendo se este é responsável objetivamente ou subjetivamente pelo dano, além de verificar possíveis causas de exclusão da responsabilidade. Sob esta perspectiva, é necessário destacar que o ordenamento jurídico brasileiro assume como foco a responsabilização subjetiva do executor da lesão, o que implica dizer que, para que este venha a responder na esfera cível, precisará ser comprovada a culpa em sua forma ampla, abordando a intenção de prejudicar outrem, bem como a imprudência, negligência ou imperícia. (TARTUCE, 2017, p.372).

Por outro lado, em complemento à responsabilidade subjetiva, tem-se a responsabilização objetiva, na qual o responsável pode inclusive não ser o autor da ação motivadora do dano, visto que o dever de compensação ao lesado é presumido, sendo desnecessária a produção de provas. Neste caso, o sujeito pode responder por dano causado diretamente por ele ou por outro agente com o qual possui um tipo de relação jurídica específica.

Neste caso, a responsabilização civil indireta ocorre em virtude de um dever de vigilância para com o qual o autor estava obrigado, conforme expõe Caio Mário da Silva Pereira:

[...]na tese da presunção de culpa subsiste o conceito genérico de culpa como fundamento da responsabilidade civil. Onde se distancia da concepção subjetiva tradicional é no que concerne ao ônus da prova. Dentro da teoria clássica da culpa, a vítima tem de demonstrar a existência dos elementos fundamentais de sua pretensão, sobressaindo o comportamento culposos do demandado. Ao se encaminhar para a especialização da culpa presumida, ocorre uma inversão do onus probandi. Em certas circunstâncias, presume-se o comportamento culposos do causador do dano, cabendo-lhe demonstrar a ausência de culpa, para se eximir do dever de indenizar. Foi um modo de afirmar a responsabilidade civil, sem a necessidade de provar o lesado a conduta culposa do agente, mas sem repelir o pressuposto subjetivo da doutrina tradicional. Em determinadas circunstâncias é a lei que enuncia a presunção. Em outras, é a elaboração jurisprudencial que, partindo de uma ideia tipicamente assentada na culpa, inverte a situação impondo o dever ressarcitório, a não ser que o acusado demonstre que o dano foi causado pelo comportamento da própria vítima. (PEREIRA, 2001, p.265 – 266)

Neste contexto, percebe-se que a comprovação do dolo ou a culpa do causador do dano é juridicamente irrelevante, surgindo, em seu lugar, a necessidade de comprovar o elo existente entre o real causador do dano e o responsável que assumirá os encargos deste. Logo, objetividade na responsabilização do dano incursa a discussão jurídica quanto ao compromisso de ressarcimento da lesão provocada pelo ato, vez que este apenas será questionado caso vislumbre-se que o dano resultou de ações da própria vítima ou que não há nexos causal existente entre o dano e a ação do terceiro responsável.

Fato importante que desencadeou a evolução da responsabilidade civil foi a transformação de atos negociais em atividade empresária, pois constatou-se que na sociedade moderna, na maioria das situações, a conduta culposa era dispensável para a configuração do dever de reparar o dano. Dessa forma, embora lícito, em razão do

risco da atividade ou disposição legal, a reparação da ofensa era necessária. (DONNINI,2018, p. 17)

Em complemento, necessário se faz ressaltar que a responsabilidade objetiva, ausência de comprovação de culpa, foi inserida na legislação brasileira considerando a Teoria do Risco, a qual alerta para as peculiaridades inerentes ao exercício de atividades essencialmente arriscadas, motivando uma postura protetiva do Estado para com os envolvidos diretamente ou indiretamente, tendo em vista a alta probabilidade de dano. Neste sentido, destaca-se que a responsabilidade objetiva é uma exceção a regra geral, devendo apenas ser aplicada em casos expressamente previstos em lei.

Por conseguinte, quanto a Teoria do Risco Flávio Tartuce afirma:

No tocante ao Brasil, a responsabilidade objetiva independe de culpa e é fundada na teoria do risco, em uma de suas modalidades, sendo as principais:

- Teoria do risco administrativo: adotada nos casos de responsabilidade objetiva do Estado, que ainda será estudada (art. 37, § 6.º, da CF/1988).
- Teoria do risco criado: está presente nos casos em que o agente cria o risco, decorrente de outra pessoa ou de uma coisa. Cite-se a previsão do art. 938 do CC, que trata da responsabilidade do ocupante do prédio pelas coisas que dele caírem ou forem lançadas (defenestramento).
- Teoria do risco da atividade (ou risco profissional): quando a atividade desempenhada cria riscos a terceiros, aos direitos de outrem, nos moldes do que consta da segunda parte do art. 927, parágrafo único, do CC.
- Teoria do risco-proveito: é adotada nas situações em que o risco decorre de uma atividade lucrativa, ou seja, o agente retira um proveito do risco criado, como nos casos envolvendo os riscos de um produto, relacionados com a responsabilidade objetiva decorrente do Código de Defesa do Consumidor. Dentro da ideia de risco-proveito estão os riscos de desenvolvimento. Exemplificando, deve uma empresa farmacêutica responder por um novo produto que coloca no mercado ou que ainda esteja em fase de testes.
- Teoria do risco integral: nessa hipótese não há excludente de nexo de causalidade ou responsabilidade civil a ser alegada, como nos casos de danos ambientais, segundo os autores ambientalistas (art. 14, § 1.º, da Lei 6.938/1981). No caso de dano ambiental causado pelo Estado, aplicar-se-ia essa teoria para essa parcela da doutrina e da jurisprudência.

Superada essa visualização panorâmica, pelo art. 927, parágrafo único, do atual Código Privado, haverá responsabilidade independentemente de culpa nos casos previstos em lei ou quando a atividade desempenhada criar riscos aos direitos de outrem. (TARTUCE, 2017, p.376)

Neste sentido, tem-se que a Teoria do Risco da Atividade – Risco Profissional merece ser mais bem estudada, vez que se enquadra ao caso do exercício da profissão médica. Conforme já expressei, é indiscutível os riscos atrelados à atividade médica, em virtude do seu objeto de trabalho, o ser humano, muitas vezes em seu estado de maior fragilidade. Diante disto, faz-se necessário refletir se: (i) a atividade médica realmente cria, em sua essencialidade, riscos de danos a terceiros ou se ela minimiza os possíveis danos já sofridos pelos pacientes; (ii) a responsabilização da medicina caracterizada com objetiva seria adequado ou se seria demasiadamente oneroso para os profissionais, provocando o desincentivo para atuação em uma área considerada essencial para a sociedade.

Evidenciado que a responsabilização civil objetiva é exceção, devendo apenas ser aplicada quando prevista em lei, é necessário pontuar que a lei de maior expressividade, quanto à aplicação da punição desvinculada à comprovação de culpa, é o Código de Defesa do Consumidor-CDC, o qual estabelece expressamente em seu artigo 14, em paralelo com seu artigo 3º, parágrafo segundo, a responsabilização dos fornecedores, dentre os quais está inserido o prestador de serviços, independente de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores (BRASIL, 1990).

Tem-se, então, que, em virtude desta lei, os médicos, as associações médicas e hospitais são considerados fornecedores e, por consequência, estariam abarcados pela responsabilização objetiva imposta pelo CDC. Ocorre que, embora haja uma pretensão à formação de empresas em virtude da melhor organização para a prestação do serviço de saúde, ainda há a atuação profissional de forma individual, baseada na relação direta do médico com o seu paciente, através de vínculos de confiança e pessoalidade, motivando uma distinção entre o tratamento legal imposto para o médico individual e para a medicina empresarial (DONNINI, 2018, p. 18-19).

Faz-se necessário entender que paulatinamente, observou-se uma modificação na estruturação do exercício da medicina, posto que a relação médico-paciente foi agressivamente banalizada pelo contexto social vigente, haja vista que atuação médica individual perdeu espaço para os empresários do ramo de saúde. Tem-se que a figura do médico da família e a direta relação entre os sujeitos, sem intermediadores da atividade médica, passaram a ser vistos em raros contextos, já

que o médico atualmente trabalha para hospitais e entidades de saúde, através de empregos assalariados.(BERGESTEIN, 2013, p.31).

Observa-se, então, que os médicos das cidades grandes, hoje, têm sua liberdade de atuação barrada por determinações administrativas de hospitais ou de seguradoras de saúde, exercendo a atividade com horário pré-estabelecidos, com metas a alcançar e, infelizmente, sem compromissos individuais permanentes com o paciente. Nesse contexto, perdeu-se em grande parte a essência da medicina, uma vez que os agentes externos inerentes a uma cultura de exaltação do lucro provocaram a massificação das relações sociais e o consequente distanciamento da relação médico-paciente, conforme explana Nedy Neves:

Na década de 90 a situação se agravou, tornando-se epidêmica depois da virada do século, contaminando outras atividades distantes da medicina, mas que, direta ou indiretamente, sobre ela exercem profunda influência. O encontro do paciente com o seu médico, ou seja, a própria essência da medicina, foi relegado a plano secundário, distorcido, contaminado e, por vezes, prostituído. De atividade eminentemente pessoal passava, a medicina, a atividade empresarial. Como dizia Ivan Illich na obra *A expropriação da saúde*, de 1975, “quando os cuidados médicos e a cura tornam-se monopólios de organizações ou de máquinas, a terapêutica transforma-se inevitavelmente em ritual macabro” (NEVES, 2010, p. 141-142).

Por conseguinte, o atual sistema de prestação de saúde estabelece que a relação do médico com seu paciente deve ser primordialmente controlada e intermediada por agentes externos, a exemplo dos convênios, hospitais, seguros de saúde e o próprio Sistema Único de Saúde (LUZ, 2014. p.2). Essa organização é a principal responsável por exaltar o caráter lucrativo da atividade médica, uma vez que até as próprias denominações dos sujeitos são alteradas, deixando de existir as figuras do “médico” e de seu “paciente”, para existir o “prestador de serviço” e o “usuário”, tudo sob a ótica da sociedade de consumo, o que desvincula o paciente de “seu” médico (BERGESTEIN,2013, p.24).

Destaca-se que a sistemática atual da prestação do serviço médico promove um declive na confiabilidade da atividade desenvolvida, já que seu enfoque principal é a geração de lucro para as instituições e operadoras de planos de saúde, objetivando, portanto, o pagamento da menor remuneração possível ao profissional e, em contrapartida, o aumento da quantidade de atendimentos realizados por dia. Por óbvio, tal conjuntura motiva a insegurança do consumidor quanto à qualidade do

serviço médico prestado e, por conseguinte, receio de possíveis danos, motivando uma postura punitiva mais severa.

Neste desiderato, observa-se que a atividade médica empresarial assume como objetivo relevante à obtenção de lucros, o que, inevitavelmente provoca, para a maioria, a busca pela redução do custo e mão de obra mais barata, desviando-se do objetivo principal da medicina, o zelo pelo melhor atendimento possível ao ser humano. Assim sendo, caracterizada a postura capitalista adotada pelas empresas de saúde, o Código de Defesa do Consumidor impõe, como já dito, a responsabilização direta, objetiva, sem análise de culpa ao fornecedor do serviço médico, sendo este obrigado a reparar os danos causados ao paciente, eximindo-se apenas caso seja culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro, bem como comprove que inexistiu o defeito/dano.

Em contraponto, a existência de tratamento legal distinto para médicos que exercem a medicina em caráter individual é devido em virtude da aparente manutenção da essência da atividade, uma vez que a sistemática adotada prioriza a atuação atenta à saúde humana, com maior zelo com o paciente, e não a obtenção de lucros, pois será cabível como remuneração ao profissional o que for justo e digno (CEM, 2010, p. 36-37). A atuação autônoma da medicina possibilita que o serviço médico seja prestado diretamente ao paciente, estabelecendo uma relação permeada pela pessoalidade e individualidade, o que estabelece um laço de confiança semelhante ao antigo médico de família. Neste sentido:

Era médico da família, amigo e conselheiro, figura de uma relação que não admitia dúvida sobre a qualidade de seus serviços, e, menos ainda, a litigância sobre eles. O ato médico se resumia na relação entre uma confiança (do cliente) e uma consciência (do médico) (BERGESTEINS, 2013, p.23)

Logo, percebe-se que o tratamento individualizado direcionado ao paciente é capaz de consolidar a confiança deste para com o médico que lhe atende, posto que, em virtude da intimidade resultante da relação, tornava-se visível o empenho do médico e sua intenção de aplicar todos os meios ao seu alcance para ajudar seu paciente. Por conta da maior diligência observada na prestação do serviço, torna-se provável a diminuição dos riscos ao dano, o que motivou o Código de Defesa do Consumidor a conceder aos profissionais liberais o benefício de terem a responsabilização de suas condutas apuradas através da análise de culpa, ou seja,

através da responsabilização subjetiva, conforme estabelece o parágrafo 4º, do artigo 14.

Entende-se, portanto, quanto à responsabilização civil do profissional médico que este, ao atuar em caráter individual, possui responsabilidade subjetiva para com seus pacientes, respondendo por dano advindo de má conduta própria, ou seja, atuação com negligência, imprudência ou imperícia. Por outro lado, quando às empresas prestadoras do serviço médico, diante de seu caráter lucrativo, estas possuem responsabilidade objetiva para com o consumidor de seus serviços, não sendo necessária a análise de culpa para que sejam obrigadas a ressarcir o dano causado ao seu cliente.

Isto posto, realizou-se as pontuações essenciais quanto aos aspectos civis da responsabilização do ato médico, mais precisamente do erro médico, já que restou demonstrado que o médico liberal apenas possui responsabilidade civil subjetiva, ou seja, apenas responde caso infrinja o artigo 1º do CEM, causando dano por ato negligente, imprudente ou imperito. Por conseguinte, objetivando complementar a análise das consequências legais oriundas da atuação médica deficitária, passa-se para o enquadramento penal do erro médico.

3.3 O ENQUADRAMENTO PENAL DA VIOLAÇÃO À VIDA E À INTEGRIDADE FÍSICA

O médico, embora assuma o compromisso de atuar com o melhor de sua capacidade em benefício ao paciente, como qualquer ser humano, também é passível de erros, os quais refletem em maior desaprovação social, em virtude do objeto de atuação da medicina, a vida humana. Por logo, o erro médico pode gerar graves danos à integridade física do paciente, inclusive sua morte, o que demonstra a relevância do caso para a responsabilização penal do executor do ato ilícito.

Conforme já demonstrado, o erro médico será caracterizado pela atuação negligente, imprudente ou imperita do médico, o que resulta em dano ao seu paciente. Assim sendo, a violação ao dever geral de cuidado coloca em risco a vida humana, o maior patrimônio do indivíduo, o que justifica o interesse social em coibir tal conduta através de uma pena. (BIANCHINI; MOLINA; GOMES, 2009. p.232)

Em continuidade, o interesse social na preservação da vida e da integridade física do homem motivou o Código Penal de 1940 – CP/40 a caracterizar como crime a lesão a tais bens jurídicos. Neste sentido, é possível conceituar crime como:

Trata-se de uma conduta típica, antijurídica e culpável, vale dizer, uma ação ou omissão ajustada a um modelo legal de conduta proibida (tipicidade), contrária ao direito (antijuridicidade) e sujeita a um juízo de reprovação social incidente sobre o fato e seu autor, desde que existam imputabilidade, consciência potencial de ilicitude e exigibilidade e possibilidade de agir conforme o direito.(NUCCI, 2011, p.173)

Analisado tal conceito, é possível perceber que a execução de uma conduta criminosa ensejará em responsabilidade penal do agente. Neste sentido, sendo o crime constituído pela conduta típica, contrária ao direito e de evidente culpabilidade social, faz-se necessário à compressão destes elementos antes de relacioná-los ao erro médico.

Primeiramente, o fato deverá ser típico, o que significa dizer que este deverá reproduzir conduta expressar em lei. Assim, Edilson Bonfim e Fernando Cortez afirmam, quanto ao fato típico:

‘É o fato material que se amolda perfeitamente aos elementos constantes do modelo previsto na lei penal em seu espaço de regulação. Canelutti chamou aos tipos penais “fantoches dogmáticos”, porque, uma vez ocorrido um fato, faz-se necessário analisar “l’originale dei fantocci” (o original dos fantoches) in concreto, ou seja, o fato em si para compará-lo com o tipo legal, buscando-se, desse modo, possível subsunção. Assim, se o tipo legal descrever como comportamento criminoso um fato cujas características sejam “H X Y Z”, havendo a ocorrência de um fato com as características “H X Y Z”, tal fato será típico, uma vez que perfeitamente subsumível à hipótese legal abstratamente prevista; todavia, faltante um desses elementos (seja H, ou X, Y...), tal fato será penalmente atípico diante da ausência, distorção ou antinomia na composição de seus elementos, quando cotejados com a hipótese fático-legal previamente prevista in abstracto. É preciso, portanto, que o fato concreto reproduza sua definição da mesma forma que um espelho reflete a imagem, ou a cópia reprográfica retrata o original, ajustando-se plasticamente à imagem traçada pela lei. Havendo tal similitude, configurando-se a tipificação, passível estará o agente de tal conduta à persecução penal. (BONFIM; CAPEZ, 2004, 310)

Diante de tal análise, a tipicidade ocorreria quando a ação ou a omissão resultassem em ilícito penal definido em abstrato. Entretanto, não é apenas o

enquadramento do ato ao CP que definirá por completo punição do agente, devendo ser observada a conduta adotada por este.

Ocorre que, em virtude da análise desenvolvida em tópico anterior sobre a conduta do agente, apenas recapitula-se que esta poderá ser conceituada como dolosa, quando o resultado é a intenção do agente, ou este assumiu os riscos de produzi-lo, ou culposa, quando é inobservado o dever de cuidado, sendo ato pautado na imprudência, negligência ou imperícia (CORREIA, 2017, p.83). Porém, em divergência da análise civilista da conduta, a qual apenas será relevante se causar danos, a conduta para o Direito Penal pode ser analisada sob a perspectiva da tentativa, a qual não necessita a consumação do dano, mas terá sua punição efetivada em virtude de expressa criminalização da tentativa da ação pelo CP.

O núcleo objetivo de todo crime é a descrição de uma conduta, que pode ser realizada mediante ação ou omissão. Os tipos penais podem descrever: a) simplesmente uma atividade ou inatividade humana, sem a necessidade de um resultado externo para que a conduta seja punida como delito consumado, ou então b) uma atividade humana que produz determinado resultado, sem o qual a conduta somente poderia ser punida como tentativa. Na primeira hipótese teríamos os crimes formais, também conhecidos como crimes de mera atividade ou no caso de omissão própria, e, na segunda, os crimes materiais ou de resultado. Os crimes de resultado podem ser realizados mediante comissão ativa ou em comissão por omissão (omissão imprópria). (BITENCOURT, 2013, p. 353)

Após a leitura, é necessário destacar, em complemento, que a conduta tentada expressa a consciência do agente quanto à realização do ato, o que, por sua vez, assume uma postura dolosa. Dito isto, não será feita uma análise aprofundada da tentativa, visto que no erro médico o dano é causado por um déficit no ato médico, não por intenção dolosa do agente.

Em continuidade, tem-se que a análise penal do erro médico será feita em virtude dos resultados lesivos da atuação médica. Ou seja, o médico será responsabilizado se seus atos gerarem lesões juridicamente relevantes para o Direito Penal, existindo a conexão causal entre o resultado e a ação (GRECO, 2002, p.207).

Neste contexto, o nexo de causalidade é trazido pelo Código Penal, mais precisamente, em seu artigo 13, como essencial para a imputação de responsabilidade ao agente do ato, vez que apenas considera causa punível a ação

ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido. (BRASIL, 1940). Por conseguinte, demonstrou-se, até o presente momento, que a ação do agente deverá ser típica, contida em lei, e deverá ser demonstrado que foi esta a causa de uma lesão.

É necessário acrescentar, ainda, que para a responsabilização do agente, este deverá ter realizado o ato ilícito, ou seja, deverá ter ido de encontro à norma imperativa. Logo, a antijuricidade do fato é demonstrada pela contrariedade de um fato típico para com o ordenamento jurídico como um todo. Luiz Regis Prado explica:

Ilicitude ou antijuricidade – expressões consideradas aqui como sinônimas – , exprime a relação de contrariedade objetiva de um fato com toda ordem jurídica, com o Direito positivo em seu conjunto (...) Com precisão, salienta-se que a antijuridicidade é dada pela relação objetiva de contradição da vontade do sujeito com o mandato ou a proibição. Em outras palavras: apresenta-se como violação a uma norma imperativa ou de determinação (mandato/proibição), e é única para todo o Direito.(PRATO, 2013, p.432)

Assim demonstrado, entende-se que a ilicitude da ação ocorre em virtude desta ser realizada mesmo com vedação expressa em lei. Por fim, para que seja analisada a responsabilidade penal médica, conduta deverá ser culpável, ou seja, deverá ser atribuída ao agente em virtude de um juízo de reprovação da conduta.

A culpabilidade é, conforme entende Eugenio Raul Zaffaroni e José Henrique Pierangeli: “um conceito de caráter normativo, que se funda em que o sujeito podia fazer algo distinto do que fez, e que, nas circunstâncias, lhe era exigível que o fizesse” (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2006, p.517). Logo, é uma análise sobre se o agente deve ou não responder pelo crime estabelecido como de sua autoria.

Neste cenário para ser a conduta considerada culpável deve ser caracterizada a imputabilidade, que é a condição de maturidade do agente no momento da conduta; potencial consciência da ilicitude, que é a possibilidade do agente saber que a conduta é ilícita ou lícita, e por fim, a exigibilidade de conduta diversa, ou seja, que a lei exija uma conduta diversa da adotada pelo autor do ato. (CASTRO, 2013).

Finalizado o esclarecimento realizado, tem-se já apontado os requisitos necessários para o conceito de crime. Guilherme de Souza Nucci afirma:

[...] trata-se de uma conduta típica, antijurídica e culpável, vale dizer, uma ação ou omissão ajustada a um modelo legal de conduta proibida (tipicidade), contrária ao direito (antijuridicidade) e sujeita a um juízo de reprovação social incidente sobre o fato e seu autor, desde que existam imputabilidade, consciência potencial de ilicitude e exigibilidade e possibilidade de agir conforme o direito. (NUCCI, 2007, p. 160)

Neste desiderato, é possível afirmar que o agente será responsabilizado criminalmente quando sua conduta atender concomitantemente a três requisitos: a conduta deverá ser abstratamente definida em lei (típica), contrariar imposição legal (ilícita) e, por fim, ser possível a atribuição de culpa por seu agente (existir a culpabilidade). Pois bem, apresentado o embasamento penal necessário à análise do crime, em seu aspecto geral, passa-se ao estudo da conduta médica inadequada.

O erro médico, de acordo com o até aqui exposto, pode ser entendido como a conduta culpável do profissional que atua com inobservância ao dever de cuidado com seu paciente, causando-lhe, assim, o dano. Dessa forma, em virtude desta profissão lidar com as pessoas em estado de fragilidade física e psíquica, o dano advindo da negligência, imperícia e imprudência pode resultar em lesão à integridade física do paciente, podendo gerar, até mesmo, e seu óbito.

A atuação profissional realizada em desconformidade com os padrões científicos e de segurança necessários é fato jurídico regulado pelo Código Penal, o qual estabelece, em seu artigo 18, inciso II, que:

Crime culposo

II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Parágrafo único - Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente. (BRASIL, 1940)

Em leitura desatenta do mencionado artigo, seria possível entender que ao fato culposo não seria imputado qualquer penalidade, salvo se houver comprovado o dano, ou seja, intenção do agente em realizar determinada conduta. Porém, essa análise leviana é facilmente derrubada quando o artigo supracitado ressalva a ocorrência de resultados expressos em lei, tornando, então, necessária a exploração exemplificativa dos resultados do erro médico, para que seja verificado se este se encontra ou não constituído como crime.

Trazendo uma compreensão comum das consequências do equivoco na prestação do serviço médico, seria possível cogitar que este pode resultar em: lesão física, incapacitação ou óbito. Trata-se então de três possibilidades que causam prejuízo à integridade do corpo humano e colocam em risco a vida do paciente.

Nesse sentido, o Código Penal trata sobre a vida em sua Parte Especial, Título I - dos Crimes Contra a Pessoa, Capítulo I - dos Crimes Contra a Vida, Capítulo II – Lesão Corporal, trecho no qual merece destaque os seguintes artigos:

Homicídio simples

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

[...]

Homicídio culposo

§ 3º Se o homicídio é culposo:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aumento de pena

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos.

[...]

Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

[...]

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Aumento de pena

§ 7º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se ocorrer qualquer das hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121 deste Código (BRASIL, 1940)

Analisando o enquadramento legal do possível resultado de erro médico, tendo em vista este ser composto por uma conduta culposa, é possível a imposição ao profissional médico de penas de detenção de 02 (dois) meses a 01 (um) ano, sendo estas aumentadas em 1/3 (um terço), em virtude da lesão corporal ou do homicídio ser resultado de inobservância de regra técnica de profissão. Destaca-se, então, em conformidade a análise realizada no tópico destinado ao Código de Ética Médica, que é vedado ao médico a atuação negligente, imprudente e imperita, sendo todas as motivações de erro médico consideradas infrações a norma técnica, ensejando o aumento de pena.

Dito isto, tem-se que a produção de lesão corporal ou homicídio por parte de profissional médico, por mais que seja em caráter culposos, enseja responsabilização penal, na qual a pena será aumentada em virtude da inobservância de normas técnicas e profissionais. Por conseguinte, demonstrado os reflexos jurídicos e administrativos da atuação médica deficitária, em complemento à análise sobre o erro médico, passa-se ao estudo comparativo das demais infrações ético-profissionais, com o Código Civil e Penal, bem como a análise da apuração prática do erro médico no âmbito judicial e administrativo.

4 A ATUAÇÃO DO CRM/PB EM DIÁLOGO COM A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O PODER JUDICIÁRIO

Em virtude da fragilidade do ser humano, é possível ser verificada uma postura preventiva do Estado para com os possíveis danos advindos de atividades que possuem como objeto a vida humana, como é o caso da medicina. Logo, isto provoca uma regulamentação profissional mais restritiva para aqueles que atuam diretamente com manuseio de tal bem jurídico.

Assim, o Conselho de Medicina surge com um fundamental papel fiscalizador e disciplinador da atuação médica, visando o cumprimento do Código de Ética Profissional e, por conseguinte, a aplicação de todas as normas técnicas inerentes à boa prestação da medicina.

Dito isto, demonstrados os requisitos inerentes à responsabilização profissional no âmbito administrativo, civil e penal, torna-se imprescindível para a compreensão global do estudo proposto por este trabalho alguns apontamentos sobre outras infrações éticas de relevância para o direito, bem como a análise do entendimento adotado pelo Tribunal de Justiça do Estado e do Conselho Regional de Medicina da Paraíba na apuração e penalização da atuação médica exercida em desconformidade com os padrões técnicos vigentes.

4.1 INFRAÇÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS SOB A ÓTICA DO CÓDIGO CIVIL E DO CÓDIGO PENAL

Até o presente momento buscou-se demonstrar os possíveis enquadramentos administrativos e legais para a atuação médica quando esta resultar em danos advindos da inobservância ao devido dever de cuidado. Tal análise justifica-se pela tentativa de compreensão global dos resultados adversos da conduta médica, já que estes resultam não apenas em punições realizadas pelo conselho profissional, mas também em indenizações reparatórias, bem como em cumprimento de pena criminal.

Neste desiderato, demonstrado que a medicina exercida fora dos padrões técnicos não resulta apenas em erro médico, mas infrações ético-profissionais,

analisa-se, agora, infrações profissionais que provocam grande comoção social e a quais são seus reflexos no Código Civil e no Código Penal brasileiro.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.	Art. 927, Parágrafo único (Dever de indenizar) Art.951	Art. 18, II, Parágrafo único. (Conduta culposa)

A conduta acima transcrita é o objeto deste trabalho, trata-se do erro médico. Conforme já extensamente debatido, a ação médica realizada com imperícia, imprudência ou negligência ocasiona reflexos nas áreas civil e penal, vez que tanto permite a imposição de uma indenização pecuniária, como também uma sentença criminal. Logo, a determinação da penalidade imposta será analisada casuisticamente, visto que possui correlação com o resultado advindo desta conduta inadequada, principalmente quanto ao aspecto penal, vez que a concretização do erro médico pode vir a ocasionar tanto o óbito do paciente, quanto uma lesão corporal.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.	Art. 422 (probidade e boa-fé)	Art. 299, Parágrafo único (Falsidade ideológica)

Outra ação que merece ressalva nesta análise comparada é quando existe a responsabilização de um terceiro por ato que este não realizou. Tal fato merece

relevância porque inexistente o nexo de causalidade necessária para responsabilização do ato, ou seja, não poderia ser imposta uma responsabilização a um terceiro desvinculado, mas este terceiro opta por afirmar inverdades que acarretaria sua vinculação ao caso.

Neste desiderato, passa-se a duas situações, a primeira é que civilmente esta declaração formal acarretaria a violação dos princípios da probidade e da boa-fé, o que ocasiona a reparação civil. Neste sentido, explica-se:

Este dispositivo insere a obrigatoriedade entre os contratantes de agir conforme os princípios da probidade e da boa-fé, tanto na elaboração do contrato como em sua execução. O princípio da probidade impõe às partes o dever de agir com lealdade, honradez, integridade e confiança recíprocas. A boa-fé pode ser objetiva ou subjetiva. A espécie da boa-fé prevista neste artigo é a objetiva, que estabelece que a conduta das partes contratantes é fundada na confiança, na lealdade, na honestidade, na lisura, na certeza e na segurança, vedando o abuso de direito por parte dos contratantes. O princípio da boa-fé objetiva deve estar presente tanto na fase pré-contratual como na fase pós-contratual. A boa-fé subjetiva é uma manifestação de vontade expressando o convencimento pessoal e individual da parte contratante em inserir cláusulas de acordo com o direito. Para a realização dos negócios jurídicos é essencial a boa-fé (MACHADO; CHINELLATO, 2017, p.366)

Por outro lado, esta inverdade provoca a alteração de verdade de fato juridicamente relevante e é penalizada pelo direito penal, sendo possível visualizar não apenas o dolo específico, mas também a concretização da falsidade ideológica.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.	Art. 953. (reparação do dano gerado pela difamação)	Art. 139. (Difamação)

Em continuidade, a atribuição de insucessos ocorridos durante o exercício da medicina a terceiro provoca dano direto à boa reputação profissional deste e a consequente caracterização da difamação. Logo, a difamação consiste na

imputação de fato que gere reprovação social, ofendendo a reputação do sujeito passivo (GRECO, 2017, p. 631).

Dito isto, tem-se que é uma ação que afeta a honra do ofendido, sendo punível tanto no âmbito civil, quanto no penal, vez que estas esferas jurídicas são independentes quando não há uma sentença absolutória, conforme estabelece o artigo 66 do Código Penal. Assim, o agente do dano poderá ser responsabilizado pela reprovabilidade de seu ato no âmbito penal, bem como poderá surgir a obrigação de indenizar os reflexos desta inverdade atribuída a outrem, vez que a ofensa a credibilidade profissional de uma pessoa pode vir a impactar consideravelmente na prestação de seus serviços e, conseqüentemente, nos valores recebidos.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.	Art. 15. (constranger a risco de vida)	Art. 146, Parágrafo 3º, I. (constrangimento ilegal)

O consentimento para realização de procedimento médico, dado pelo paciente ou por seu representante legal, é imprescindível, vez que concretiza o respeito e a proteção ao ser humano, imposto pelo princípio da dignidade da pessoa humana. Logo, expõe-se:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.(SARLET, 2011, p. 73).

Neste desiderato, quanto ao aspecto civil, a inobservância de tal consentimento acarretaria lesão aos direitos da personalidade do indivíduo, já que o ato médico seria realizado através do constrangimento do paciente. Sob a ótica penal, este fato também seria punível diante necessidade de proteção à liberdade pessoal, seja ela física ou psicológica, posto que o médico ao atuar sem o consentimento de seu paciente impede que este concretize sua vontade, ofendendo a liberdade individual da pessoa. (GRECO, 2017, p.668)

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.	-	Art. 135, Parágrafo único. Art.135-A, Parágrafo único. (omissão de socorro)

O artigo em questão aborda a inação médica diante de situação grave e iminente, ou seja, diante de um perigo que ameace a vida de uma pessoa ou cause grave prejuízo a sua estrutura física ou psicológica. Tem-se então uma grave violação ao objetivo da medicina, vez que o bem jurídico lesado é o objeto de atuação do médico, qual seja, a vida e a saúde do ser humano.

Neste desiderato, é possível afirmar que se trata de um crime de perigo, em que o autor se abstém do dever de prestar assistência, mesmo sem qualquer impedimento que justifique, e não impede os riscos de danos à vida de outrem. Dito isto, tem-se, então, que este ato pode resultar em lesão corporal ou em morte da vítima de forma culposa, gerando a omissão de socorro um aumento percentual na pena imposta ao agente por sua inatividade. (BITENCOURT, 2015, p.558-560)

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 36. Abandonar paciente sob seus	-	Art. 133,

cuidados.		Parágrafo 1º e 2º. (abandono de incapaz)
-----------	--	---

A relação médico paciente é estabelecida de forma especial, vez que o profissional assume o dever de proteção e assistência com seu paciente, estando este sob sua guarda. Neste contexto, ao se ausentar de uma obrigação com seu paciente, sem que haja a transferência do dever de vigilância, coloca em desamparo técnico uma pessoa que precisa de cuidados e que muitas vezes encontra-se incapacitada.

Dito isto, configurada a incapacidade do paciente, bem como a relação de assistência entre o infrator e o sujeito passivo, concretiza-se o abandono de incapaz, o que expõe este ao risco de morte e lesão. Compreenda:

Abandonar significa deixar desassistido, desamparado, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono, que se encontre na especial relação de assistência já referida. Pune-se o abandono da própria pessoa e não o abandono do dever de assisti-la. É indiferente que o abandono seja temporário ou definitivo, desde que seja por espaço juridicamente relevante, isto é, capaz de colocar a vítima em risco. (BITENCOURT, 2015, p.544)

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.	Art. 157, Parágrafo 1º e 2º (lesão)	Art. 158. (extorsão)

O artigo em questão busca abordar as situações sensíveis nas quais os pacientes precisam da assistência médica, e o profissional, em virtude de tal necessidade, atua em total inobservância ao princípio da boa-fé e aproveita-se de tal necessidade para obter vantagens pessoais. Este cenário, quanto às vantagens

pecuniárias, tem-se caracterizado no Código Civil como uma lesão ao negócio jurídico. Neste sentido, Fábio Ulhoa Coelho afirma:

Lesão é o defeito de consentimento em que a vontade de uma parte é constrangida por necessidade premente (não se manifesta livre) ou pela inexperiência (não se manifesta consciente), resultando negócio jurídico em que contrai obrigação manifestamente desproporcional à prestação da outra parte. A lesão, portanto, caracteriza-se pela conjugação de dois elementos. O primeiro, de natureza subjetiva (isto é, relativo ao sujeito), é o constrangimento à vontade da parte declarante derivada de premente necessidade ou inexperiência. O segundo, de natureza objetiva (relativa ao objeto do negócio), é a desproporção manifesta entre a obrigação assumida pela parte declarante e a prestação oposta (COELHO, 2003, p. 331).

Por conseguinte, quanto à análise penal da situação supra referenciada, observa-se que será possível que o ato em análise constitua uma extorsão, caso haja a utilização de uma grave ameaça por parte do profissional, mesmo que de forma implícita para motivar vantagens pecuniárias. É possível então, a ocorrência de uma coação moral, a qual poder ser visualizada, se, por exemplo, o médico informar a um familiar que o paciente irá morrer caso não haja o pagamento de determinado procedimento médico e atrela a tal procedimento valores acima do normalmente estabelecido (JESUS, 2015, p. 132).

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	CÓDIGO CIVIL	CÓDIGO PENAL
Art. 73. [É vedado] Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.	Art.21. (defesa a vida privada)	Art. 154. (violação de segredo profissional)

Por ultimo, aborda-se a questão do sigilo profissional e como a quebra da confiança depositada pelo paciente em seu médico reflete nos aspectos civis e penais. Neste contexto, a relevância da análise proposta advém à necessidade de preservação da vida privada e da intimidade, visto que o médico, em virtude das peculiaridades de sua função, tem acesso a informações íntimas de seus pacientes,

as quais sendo expostas podem vir a causar grave dano à honra e a boa fama deste. Diante da importância da preservação da vida privada, Venosa afirma:

Na repressão às ofensas aos direitos da personalidade, cabe importante papel à jurisprudência, que não pode agir com timidez, mormente nos tempos hodiernos, quando as comunicações tornam cada vez mais fácil difundir transgressões a essa classe de direitos. Além dos danos materiais e morais que podem ser concedidos, há todo um sistema penal repressivo em torno desses direitos. O capítulo deste Código tocante aos direitos da personalidade, afora os princípios gerais mencionados, refere-se especificamente ao direito e proteção à integridade do corpo da pessoa, a seu nome e imagem e à inviolabilidade da vida privada da pessoa natural. Não é exaustiva a enumeração legal, pois a ofensa a qualquer modalidade de direito da personalidade, dentro da variedade que a matéria propõe, pode ser coibida, segundo o caso concreto (VENOSA, 2013, p. 44).

Neste cenário, torna-se imprescindível tratar do dano moral atrelado à divulgação de danos pessoais por terceiro sem autorização para tanto. Logo, o dano moral é aquele que afeta a personalidade, a moral, a dignidade da pessoa humana, causando-lhe um dano, o qual, sob o aspecto civil, será indenizado na medida de sua extensão. Entenda:

Dano moral é o que atinge o ofendido como pessoa, não lesando seu patrimônio. É lesão de bem que integra os direitos da personalidade, como a honra, a dignidade, intimidade, a imagem, o bom nome, etc., como se infere dos art. 1º, III, e 5º, V e X, da Constituição Federal, e que acarreta ao lesado dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação (GONCALVES, 2009, p.359).

Logo, ao revelar a intimidade médica de um paciente sem sua autorização, o profissional poderá ser obrigado a pagar indenização correspondente ao dano que venha a ser causado, inclusive o dano moral, vez que este é constituído a partir de lesão aos direitos de personalidade, como a intimidade. Este entendimento foi solidificado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, a qual, em seu artigo 5º, inciso X, estabeleceu a inviolabilidade à vida privada, a intimidade, a honra e a imagem, sendo estabelecido, em caso de descumprimento, uma indenização pelo dano moral e material (BRASIL, 1988).

Dito isto, tem-se que a violação à intimidade da pessoa humana, então, merece ainda mais relevância quando ocorre em decorrência de ação realizada por profissional que possuía o dever de mantê-la preservada, como é o caso do médico,

conforme se observa pelo enquadramento penal que estabeleceu uma penalidade específica para a violação de segredo sabido em virtude da atuação profissional. Nesse sentido, por fim, Nucci elucida: “revelar significa desvendar, contar a terceiro ou delatar. O objetivo do tipo penal é punir quem, em razão da atividade exercida, obtém um segredo e, ao invés de guardá-lo, descortina-o a terceiros, possibilitando a ocorrência de dano a outrem” (NUCCI, 2017, p. 544.).

Isto posto, o estudo comparativo realizado buscou demonstrar, de forma didática, que, não só quanto à quebra de sigilo profissional, mas também em vários outros casos, a atuação profissional realizada em desconformidade com os preceitos estabelecidos pelo código de ética médica, pode vir a gerar reflexos civil e penais, seja com a previsão expressa da conduta, seja com a possibilidade de responsabilização por seu resultado. Assim, é possível compreender a importância de uma atuação incisiva dos conselhos profissionais, já que estes possuem papel educativo e fiscalizador e permitem a conscientização da classe médica da importância de uma atuação profissional séria e humanizada.

Neste desiderato, para a compreensão objetiva dos conceitos trazidos até o presente momento, passa-se ao estudo do entendimento firmado pelo Tribunal de Justiça da Paraíba, a partir do exame de acórdão emitido sob os parâmetros civil e outro sob os parâmetros penais, quanto ao julgamento do erro médico.

4.2 O ERRO MÉDICO E O JUICIÁRIO PARAIBANO – ANÁLISE DE CASOS SOB A PERSPECTIVA CIVIL E PENAL.

A atuação profissional, conforme já demonstrado neste estudo, pode ser regulada a partir de vários enfoques, dentre eles o administrativo, com a atuação dos Conselhos de Medicina; o civil, quanto à responsabilização prevista pelo Código Civil; e, por fim, o enfoque penal, quando a atuação do médico resultar em danos a bem resguardado pelo Código Penal vigente.

A análise realizada, então, busca demonstrar como o médico pode ser responsabilizado por sua atuação quando esta divergir dos padrões médios estabelecidos e lesar o paciente. Logo, para compreensão global do erro médico e sua compreensão pelo direito brasileiro, passa-se a apreciação do posicionamento adotado pelo Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba a partir da análise de dois

acórdãos recentemente emitidos, os quais examinaram o objeto deste trabalho sob a perspectiva civil e penal.

O primeiro acórdão foi oriundo do julgamento da Apelação Civil nº 0070914-92.2012.815.2001, emitido em 03 de julho de 2018. Neste foi examinado a ocorrência de erro médico, em virtude de possível falha em diagnósticos e indicação terapêutica após atuação médica com imprudência, negligência e imperícia.

O primeiro julgado em análise demonstra o entendimento civilista do judiciário paraibano quanto à possibilidade de atuação médica equivocada. Neste caso, temos de um lado da lide uma paciente resignada com ato médico e do outro lado o profissional prestador de serviço, cenário em que se verifica os indícios para a responsabilização civil subjetiva, bem como a existência de nexo de causalidade entre a conduta médica e a lesão sofrida pelo requerente.

O erro médico é posto em pauta a partir da alegação da Sra. R.A.L.P., quando esta indicia que recebeu diagnóstico e tratamento médico para suposto tumor maligno que foi, segundo alegação desta, equivocadamente identificado. Diante disto, a apelante afirma que sofreu com os efeitos do uso desnecessário de quimioterápicos e que a lesão ocasionada ensejaria na responsabilização civil do profissional.

Em contrapartida, durante a análise do possível erro médico, o Tribunal de Justiça da Paraíba destacou:

O erro de diagnóstico dá ensejo à responsabilidade civil se efetuado com imperícia, imprudência ou negligência, em atenção às técnicas, recursos e equipamentos disponíveis no momento, violando comezinhos princípio de patologia, capaz de causar erro grave.(TJPB, 2018, Proc. nº 007852-93.2012.815.8001)

Logo, para que haja a responsabilização civil deve existir comprovação que a atuação médica foi falha em virtude de uma atuação imperita, imprudente ou negligente, e não apenas a existência de paciente descontente com efeitos colaterais de um tratamento. Necessário destacar, então, que o profissional médico tem autonomia para decidir qual o tratamento adequado para seu paciente, sendo isto em direito médico previsto no CEM:

[...]

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente. (CEM, 2010, p.35)

Por conseguinte, no processo ora analisado, é trazido como argumento de defesa do médico, Sr. R.C.L.M, a explicação técnica pela escolha do tratamento para a paciente, destacando, inclusive, a existência de exames e procedimentos cirúrgicos que embasaram o diagnóstico técnico. Observa-se, ainda, o relato de outro médico diretamente envolvido com o caso, o qual comunga da opinião profissional e com os procedimentos adotados pelo apelado.

Isto posto, o apelo da paciente para que fosse reformada sentença que negou provimento ao seu pedido de indenização por danos morais e matérias não foi atendido, visto que inexistiu prova cabal acerca do erro de diagnóstico praticado pelo apelado.

Neste desiderato, a atuação do TJPB ratifica o estudo realizado no tópico destinado à responsabilização civil, uma vez que destaca a característica subjetiva da responsabilização profissional, sendo necessário para tanto que haja a comprovação de conduta negligente, imperita ou imprudente. Por fim, destaca-se que a decisão prolatada sob o aspecto civil foi pautada em informações técnicas trazidas ao caso, as quais permitiram aos desembargadores o embasamento necessário para a compreensão do ocorrido.

Em contrapartida, é possível compreender o erro médico sob a perspectiva penal a partir da Apelação Criminal nº 0007245-84.2013.815.0011, apreciada em 01 de fevereiro de 2018. Esta propõe para a apreciação do TJPB caso de suposta negligência médica, a qual poderia ser enquadrada com homicídio culposo, majorado pela inobservância de regra técnica da profissão.

O caso em questão foi motivado pelo Ministério Público sob a alegação de provável conduta imprudente do apelado, Sr. J.B.T.F., durante o atendimento da vítima. Conforme relato constante nos autos, a paciente reclamava de fortes dores abdominais, mas foi examinada e medicada a partir de análise técnica direcionada para a área cardiológica, em virtude do histórico de infarto da paciente.

Por conseguinte, recebidos os exames cardiológicos solicitados, diante da inexistência de alterações, o profissional deixou a paciente sob observação no hospital, com prescrição de medicamentos para dor. Ocorre que, mesmo com as

reclamações da paciente, não foi realizado exames gástricos ou uma restrição efetiva da alimentação, dificultando a atuação do médico substituto.

Após vinte e quatro horas de internação, foi realizada a tomografia abdominal na paciente, sendo constatado que esta estava com abdômen agudo obstruído, não resistindo ao procedimento cirúrgico, sendo este o motivo de seu falecimento. Tem-se, então, que tais fatos motivaram a conclusão pelo Ministério Público de que a conduta do médico seria típica para homicídio culposo, já que este profissional teria atuado com imprudência e negligência, demonstrando um erro grosseiro que teria resultado na mais grave lesão à sociedade, a perda de uma vida humana.

A narrativa supra, em uma primeira leitura, levaria um leigo a concordar com os argumentos trazidos pelo apelante, mas é necessário lembrar que para que seja possível a configuração do erro médico, precisa-se afastar o juízo sentimental para verificar se foram preenchidos os requisitos do ilícito. Logo, esta verificação foi possível após a apresentação da defesa, quando o Sr. J.B.T.F. declarou:

[...] Que afirma que na data do fato estava de plantão no Hospital Antônio Targino a partir das 19:00 horas, tendo se atrasado, devido estar saindo do plantão no Hospital Universitário, mas ressalta que Dr. Gladstone, que estava de plantão na UTI, deu a devida assistência à paciente Francisca; QUE a afirma que ao chegar ao plantão, por volta das 19:40 horas, Dr. Gladstone lhe passou todas as informações acerca da paciente, tendo o declarante observado as medicações prescritas, bem como os exames solicitados; QUE seguiu até o local em que a paciente estava e colheu todas as informações necessárias acerca de seu quadro de saúde, bem como o histórico de doenças anteriores; QUE em razão da paciente ter histórico de cardiopatia, e das dores apresentadas no momento do quadro clínico, prosseguiu com a propedêutica dos exames complementares e checkou as prescrições; QUE afirma que após chegar os resultados dos exames, foi excluído o quadro de infarto, tendo o declarante feito a internação da paciente para investigação diagnóstica e manteve tratamento sintomático para suporte clínico; QUE afirma que após esta ocasião, não teve mais contato com a paciente, pois só tem um plantão por semana na emergência do referido hospital; [...] (TJPB, 2018, Proc. 0007245-84.2013.815.0011)

Em continuação, foi esclarecido que a conduta adotada pelo médico apelado é a normalmente esperada de um médico plantonista, tendo este fornecido à vítima toda a assistência plausível para a situação. Além disto, trouxe-se ao processo a demonstração que o papel do plantonista de emergência é destacar as doenças emergências que precisem de pronto atendimento, sendo as demais situações passíveis de investigação em momento posterior, o que foi feito pelo médico, já que

este realizou os atos técnicos necessários para descartar o risco de vida por infarto e encaminhou a paciente para internação, objetivando estudo aprofundado do caso.

Observa-se, então, que o médico realizou a conduta esperada para aquele momento, inexistindo a comprovação de negligência e imperícia, já que o profissional atuou conforme as prescrições técnicas habituais. Tal fato foi constatado a partir de testemunha trazida pela acusação:

Corroborando o entendimento do acusado, acima demonstrado, a testemunha da Denúncia, Dr. M. B., médico que teve contato com a paciente F. M. no dia seguinte ao plantão do recorrido, relatou ao Juiz que por volta das sete horas da manhã visitou a paciente em questão e a examinou, verificando que ela apresentava fortes dores abdominais. Afirma que verificou os exames anteriormente solicitados e estes estavam normais, pelo que pediu novos exames, incluindo uma endoscopia. Esclareceu que o abdome é uma caixa de surpresas e tem que estar sempre sendo investigado. Informou que a enfermeira lhe comunicou que iria marcar o exame de endoscopia porque naquele momento a paciente tinha se alimentado e o exame requer jejum. Prossegue relatando que, de início, não havia necessidade de encaminhar logo a paciente para a UTI porque seus exames clínicos estavam normais e o abdome estava flácido, sem nenhuma indicação de infecção ou de um abdome agudo. Esclareceu que o diagnóstico de trombose mesentérica é um dos mais difíceis da medicina e que não seria uma tomografia, ou uma ressonância magnética que iria resolver a questão. No seu entendimento, para se pensar na possibilidade de tal diagnóstico, o mais indicado seria um leucograma, porém tal exame só é solicitado se houver um quadro de abdome agudo. No caso em questão, segundo afirmou, a atitude do acusado J. B. foi correta para um primeiro atendimento da paciente. Aduz tal testemunha que seria impossível ao médico diagnosticar de plano uma trombose mesentérica e que, quando solicitou a realização da endoscopia, sua intenção era investigar a possibilidade de uma esofagite, ou gastrite, ou úlcera péptica, os quais também poderiam ser a causa da dor reclamada pela paciente. Afirmou categoricamente que a endoscopia é incapaz de diagnosticar a trombose mesentérica, o que só poderia ser feito por uma laparotomia investigativa e esta só é solicitada se houver distensão do abdome, com abdome agudo e resultado positivo do exame de leucocitose, sendo que, até o momento em que examinou a paciente, não havia nenhum dos sintomas citados. Entende a testemunha que o caso da paciente era mesmo de internação clínica para se investigar um diagnóstico. (TJPB, 2018, Proc. 0007245-84.2013.815.0011)

Em contrapartida, a postura adotada pelo médico acusado também foi respaldada por outro médico que laboravam no hospital em função similar:

[...] através do depoimento do médico V.S.A.(testemunha da defesa), cirurgião geral que também trabalhava, à época, no Hospital A. T., ainda esclareceu perante o Magistrado que, a partir dos prontuários da paciente que lhe foram apresentados, a conduta do médico J. B.

foi correta. Afirmou tal testemunha que, se a paciente já apresentasse, ao chegar ao hospital, quadro de abdome agudo, não suportaria ser alimentada e teria distensão abdominal. Esclareceu que o médico, ao realizar o primeiro atendimento, calcula o diagnóstico pelo que ocorre mais comumente, e o enfarto do mesentério é muito raro de ocorrer. No caso em análise, segundo seu entendimento, sendo a paciente cardiopata e idosa, a conduta é suspeitar de um enfarto comum e os exames solicitados pelo acusado foram corretos para um primeiro momento. Prossegue afirmando que o diagnóstico do caso da vítima é sempre muito difícil na medicina e, pelo que viu nos prontuários daquela, seria muito difícil se suspeitar de trombose mesentérica de plano. (TJPB, 2018, Proc. 0007245-84.2013.815.0011)

Outro ponto que merece destaque é o fato que o TJPB considerou ser relevante para a compreensão do caso registrar que os depoimentos dos familiares estavam eivados pela imparcialidade, diante da perda de um ente querido, o que os levou a considerar tais informações a partir de uma postura mais reservada. Isto posto, tornou-se notório o quanto o transtorno emocional causado pela perda de um familiar pode influenciar e motivar o questionamento judicial sobre o ato médico realizado, mesmo que este tenha sido realizado dentro dos parâmetros da normalidade.

Por conseguinte, diante da ausência de provas que permitissem ao julgador formar o juízo de convencimento de forma inequívoca, o acórdão em análise impôs a manutenção da absolvição do acusado, já que inexistiu conduta culposa necessária para embasar sua condenação.

Diante de tal fato, em recapitulação as reflexões trazidas no decorrer deste trabalho, vislumbra-se a judicialização do erro médico motivada por uma interpretação equivocada da conduta médica, tendo o judiciário paraibano, conforme demonstra os casos examinados, pautado seu posicionamento em análise técnica, afastando o sentimento de comoção social normalmente atrelado a estes tipos de processo. Desta feita, constata-se que o questionamento judicial da ação médica não induz à conclusão do aumento de erros médicos, mas em verdade, demonstra a impropriedade da população para distinguir um ilícito de um resultado indesejado.

Finalizado o estudo casuístico do erro médico a partir de acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, é possível constatar que tanto no cenário civil, quanto no cenário penal, as reclamações por erro médicos estão permeadas por sentimentalismo, fazendo com que o mero descontentamento e o inconformismo

com o resultado do ato médico motive o questionamento da conduta profissional na seara judicial.

4.3 A ATUAÇÃO DO CRM-PB QUANTO À PUNIÇÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a realização dos apontamentos necessários quanto à atuação do Conselho de Medicina e de seu poder fiscalizador e disciplinador da atividade médica, bem como, explicitado como o judiciário paraibano compreende o erro médico, faz-se imprescindível para a compreensão da proposta deste trabalho o estudo da atuação prática do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba – CRM/PB, realizando rápidas ressalvas quanto a sua estrutura interna, para que, então, seja demonstrando os dados obtidos através de pesquisas em sistemas eletrônicos internos, processos físicos e relatórios institucionais.

Em oportuno, esclarece-se que a pesquisa realizada preservou o caráter sigiloso das informações contidas nas sindicâncias e nos autos processuais sob a guarda do CRM/PB, resguardando a confidencialidade inerente ao processo administrativo de apuração e julgamento das infrações ético-disciplinares. Além disso, a autorização para os estudos dos dados a seguir apresentados foi concedida pelo Presidente, a época, do Conselho Regional de Medicina, Dr. João Gonçalves de Medeiros Filho, conforme documento trazido em anexo.

Isto posto, inicialmente, é necessário explicitar que o CRM/PB possui um setor específico para o processamento das denúncias, sindicâncias e processos éticos sob sua área de atuação. Este área pode ser denominada de setor de processos, o qual atualmente funciona diariamente com três funcionários e um estagiário de direito, os quais são responsáveis por todo processamento administrativo inerente às sindicâncias e aos processos éticos profissionais, como também pelo cumprimento e envio de cartas precatórias, recebimento de documentos e digitalização dos autos.

Além do setor supracitado, o qual está localizado na sede do CRM/PB, este regional ainda descentraliza suas atividades para o interior do Estado, através da atuação de duas Delegacias, a Delegacia de Campina Grande e a Delegacia de Sousa, as quais auxiliam a atuação da sede, com a realização de diligências para a

instrução processual ou tramitação das sindicâncias. Destaca-se, em oportuno, que embora haja a delegação de atividade para as delegacias, os autos processuais são mantidos na sede do Conselho, da cidade de João Pessoa–PB.

Compreendida a estrutura organizacional do setor de processos, tem-se que seu real funcionamento inicia-se com o recebimento da denúncia, a qual é recebida pelo setor de protocolo e encaminhada para o conhecimento do Corregedor. Este analisará a admissibilidade da denúncia e determinará a emissão da portaria para a instauração da sindicância, bem como determinará o conselheiro sindicante para que, após o recebimento, este prossiga com a produção de relatório.

Destaca-se que, até o momento de realização da pesquisa na qual se fundamente este trabalho, o CRM/PB possuía cinco câmaras de julgamento de sindicâncias em regular atuação, possuindo oito membros cada uma delas. Estas câmaras, conforme estabelece o CPEP, são responsáveis pela análise do relatório emitido pelo conselheiro corregedor e pelo consequente encaminhamento do caso, seja para o Arquivamento, Conciliação, Termo de Ajuste de Conduta ou abertura de Processo Ético Profissional.

Aberto o PEP, este seguirá a regular tramitação, sendo analisado pela Assessoria Jurídica da instituição apenas em caso de arguição de preliminares ou ao final da instrução do processo para ser verificado se foram respeitadas todos os princípios processuais.

Feito isto, estando o processo concluso para julgamento, este será apreciado pelo Pleno do Conselho Regional, conforme normatiza o CPEP, em sessão de julgamento previamente agendada, na qual estará presente o acusado de infração e seu advogado. É apropriado destacar, ademais, que caso o médico não apresente advogado de defesa, este será representado pela Defensoria Dativa do CRM/PB, a qual foi estabelecida através da Resolução CRM/PB nº 173/2015, em observância ao Novo Código de Processo Civil.

Por conseguinte, seguido o rito específico para o julgamento administrativo, será este finalizado com a apuração dos votos dos conselheiros integrantes do pleno, sendo estabelecida a sucessiva absolvição ou condenação do médico acusado.

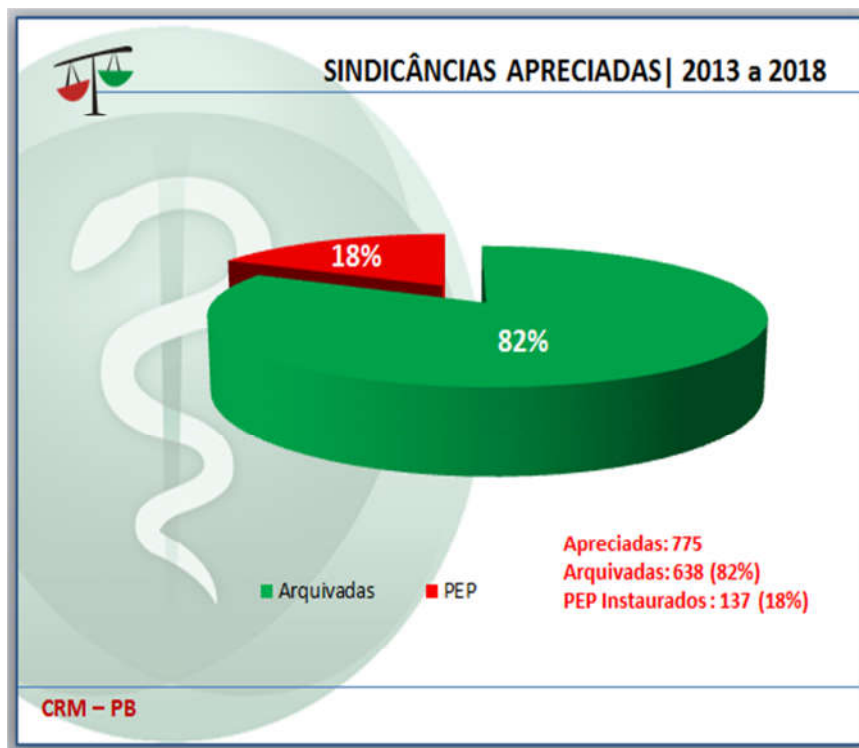
Feito este breve resumo prático da atuação do CRM/PB, passa-se a apresentação dos dados obtidos após pesquisa realizada a partir dos relatórios do

Conselho Federal de Medicina e do Sistema Informatizado de Acompanhamento de Processos– SIEM/SAS, referentes ao período compreendido entre o ano de 2013 e o ano 2018.

Neste desiderato, é imprescindível destacar que atualmente todas as denúncias recebidas pelo CRM/PB tornam-se sindicâncias, permitindo uma maior abrangência do papel fiscalizador deste órgão. Conforme se demonstra em gráfico abaixo, foram apreciadas 775 (setecentas e setenta e cinco) sindicâncias entre os anos de 2013 a 2018, dentre as quais 137 (cento e trinta e sete) tornaram-se processos ético-disciplinares.

Conforme já explanado, a instauração ou não de PEP's é ato realizado pelas câmaras de julgamento de sindicâncias, após o exame do relatório encaminhado pelo conselheiro sindicante, momento em que será verificado se a partir das provas colhidas é possível se vislumbrar um ilícito ético. Diante disto, a inexistência de indícios de infração ao Código de Ética Médica impede a apuração do fato pelo Regional responsável, devendo esta ser arquivada.

Gráfico 1 – Sindicâncias apreciadas entre 2013 e 2018.



Fonte: CRM/PB.

Neste contexto, a partir da visualização do Gráfico 1, é notória a disparidade entre as denúncias recebidas e os PEP instaurados, fato que demonstra a inaptidão dos denunciante quanto à distinção entre a real infração ética e a insatisfação momentânea com o serviço prestado, conforme já explanado em tópico anterior. Explica-se, ademais que a confusão observada é uma realidade vivenciada pelos Regionais, sendo este fato apontado, já no ano de 2006, em entrevista concedida pelo Vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Sr. Desiré Carlos Callegari:

[...]

O arquivamento ocorre por falta de provas ou por inconsistência da denúncia?

R) Pode ficar provado de início que não é um ilícito ético, pois muitas vezes as pessoas confundem uma questão administrativa com uma questão ética e, nesse caso, o CRM não é o fórum adequado. As denúncias são variadas, principalmente as que vêm da população. Às vezes é uma denúncia ética, mas na sindicância pode ficar provado que não é verdadeira. (CREMESP, 2006)

Em complemento, os gráficos abaixo, demonstram as sindicâncias processadas e os PEP iniciados, permitindo a melhor identificação da quantidade de fatos médicos denunciados e os que se tornaram processos éticos.

Gráfico 2 – Sindicâncias em trâmite entre 2013 e 2018.



Fonte: CRM/PB.

Por conseguinte, esclarece-se que a pretensão punitiva dos Conselhos de Medicina prescreve em cinco anos, possibilitando afirmar que o Gráfico 2 expressa o número de denúncias que estão em processamento, podendo o tempo necessário para a regular tramitação ultrapassar o ano de recebimento da denúncia ou, inclusive, o processo ser suspenso. Observa-se:

Das Regras de Prescrição da Pretensão Punitiva

Art. 112. A punibilidade por falta ética sujeita a PEP prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do efetivo conhecimento do fato pelo CRM.

Art. 113. Após o conhecimento efetivo do fato pelo CRM o prazo prescricional será interrompido:

I – pelo conhecimento expresso ou pela citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II – pelo protocolo da defesa prévia;

III – por decisão condenatória recorrível;

Art. 114. A sindicância ou PEP paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado de ofício ou por requerimento da parte interessada, sem prejuízo de ser apurada a responsabilidade decorrente da paralisação.

Art. 115. Deferida medida judicial de suspensão da apuração ética, em qualquer fase, o prazo prescricional fica suspenso enquanto perdurar seus efeitos, quando então voltará a fluir. (CPEP, 2017)

Gráfico 3 – PEP’S instaurados pelo CRM entre 2013 e 2018.

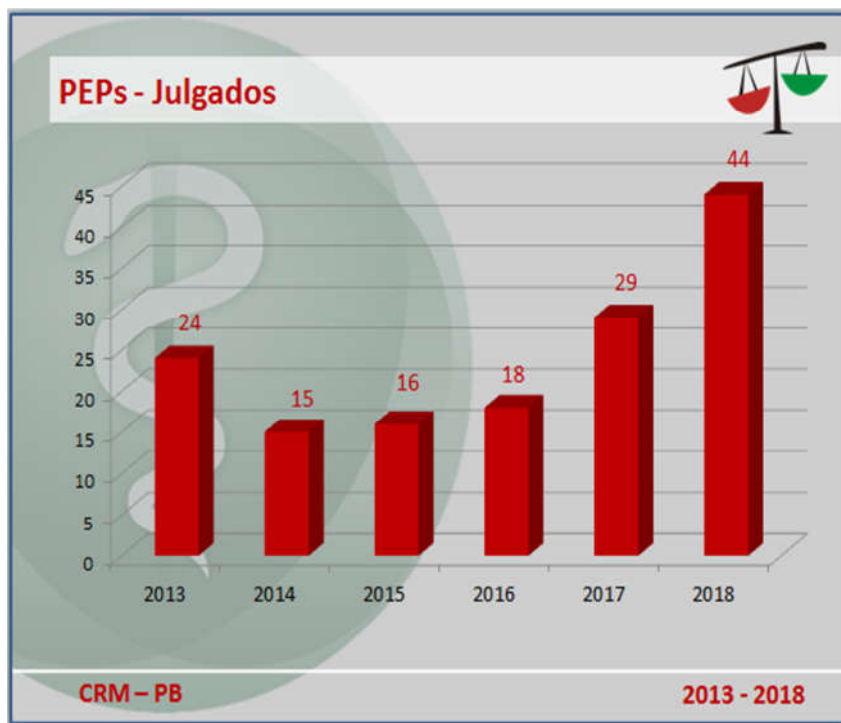


Fonte: CRM/PB.

Por outro lado, realizando uma exposição mais direcionada, o sistema informatizado de acompanhamento do CRM-PB, indica que foram iniciadas no ano de 2018, até o mês de setembro, 46 (quarenta e seis) sindicância. Logo, conforme os dados do Gráfico 3, apenas 13 (treze) viraram processos éticos, o que demonstra considerável discrepância entre o número de denúncias recebidas e em tramitação e a quantidade de processos iniciados.

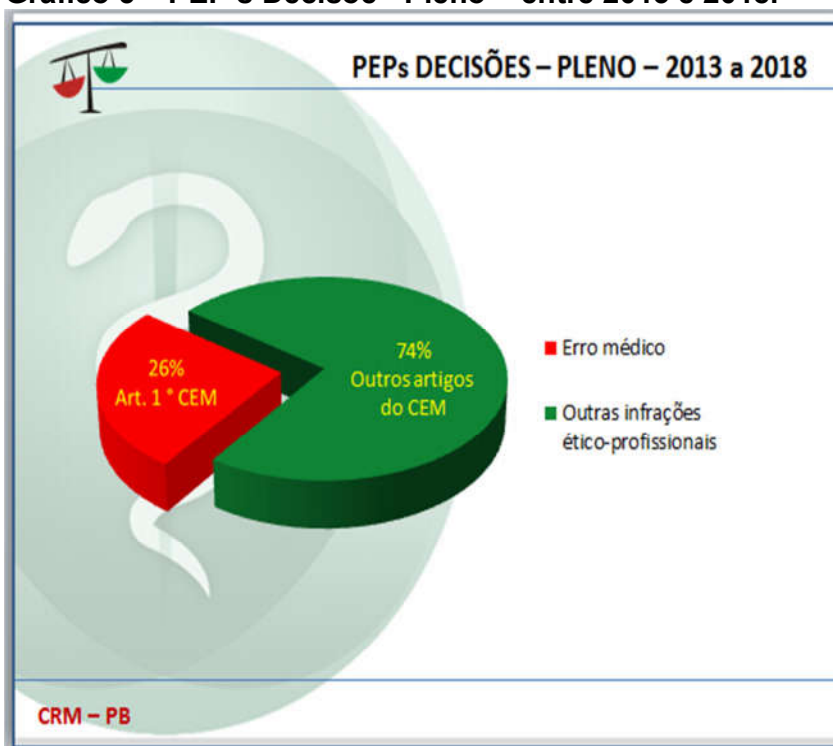
Conclui-se, então, que nem todos os fatos denunciados estão dentre as infrações éticas indicadas pelo CEM, já que boa parte foi arquivada pela câmara de julgamento de sindicância. Dito isto, tem-se que o número significativo de denúncias recebidas é expressão, muitas vezes, do descontentamento do paciente com o atendimento recebido ou com o resultado deste, não propriamente uma infração médica. Assim, em observância ao tema proposto, passa-se a análise objetiva dos julgados do CRM/PB.

Gráfico 4 – PEP's julgados entre 2013 e 2018.



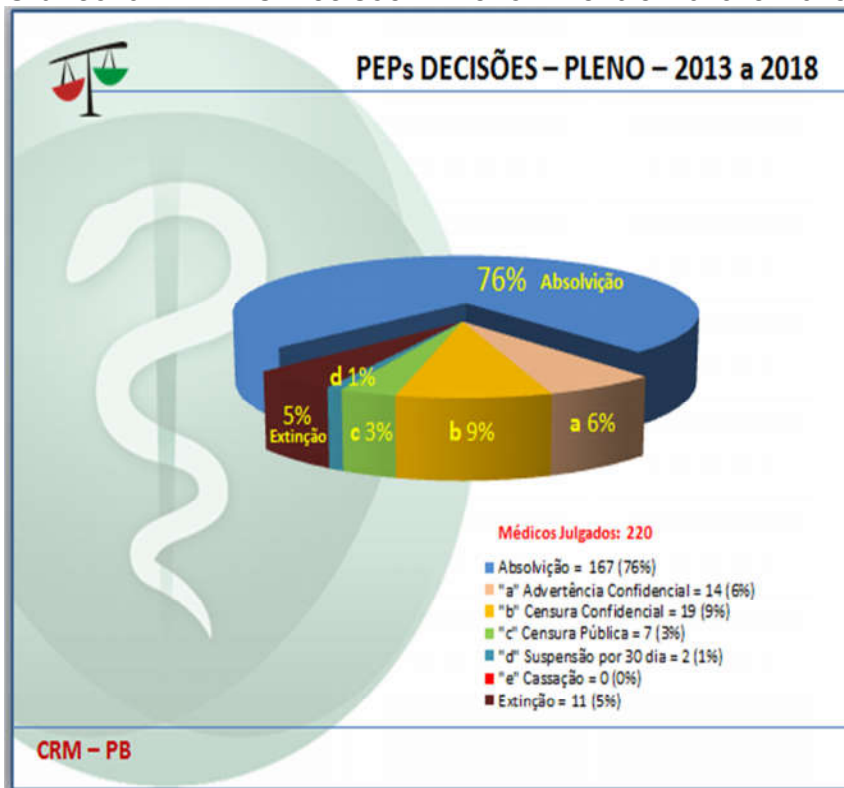
Fonte: CRM/PB.

Gráfico 5 – PEP's Decisão - Pleno - entre 2013 e 2018.



Fonte: CRM/PB.

Gráfico 6 – PEP's Decisão - Pleno - entre 2013 e 2018.



Fonte: CRM/PB.

Feita a apresentação dos dados colhidos a partir das auditorias realizadas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como pelo sistema informatizado de processos do Conselho Regional de Medicina da Paraíba, tem-se que no período de janeiro de 2013 a setembro de 2018, duzentos e vinte médicos foram indicados como réus nos cento e quarenta e dois processos julgados.

Observou-se, ainda, que nos processos julgados, 76 % (setenta e seis por cento) dos médicos foram absolvidos e 5 % (cinco por cento) teve seu processo extinto. Dito isto, 19 % (dezenove por cento) dos médicos réus foram condenados as penas impostas pela Lei nº 3.268/57, mas precisamente o seu artigo 22, alíneas “a”, “b”, “c” e “d”:

Art . 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- [...]

(BRASIL, Lei nº 3.268/52, 1952)

O percentual indicativo dos condenados pelo CRM-PB, no período estudado, referencia o total de quarenta e oito médicos que cometeram infrações éticas. Neste contexto, em estudo às informações trazidas sobre as decisões do Plenário do Regional da Paraíba, tem-se que apenas doze médico foram condenados por erro médico, sendo os trinte e seis demais condenados por outras infrações éticas, como, por exemplo, o artigo 32 do Código de Ética Médica, o qual expressa:

É vedado ao medico:

[...]

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

(CEM, 2010, p.40)

Dito isto, é possível perceber uma baixa expressividade da constatação de erro médico na esfera administrativa quando analisada a atuação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba. Lembra-se, em complemento, que para a constatação do erro médico, o profissional deverá ter agido com negligencia, imprudência ou imperícia, sendo a atuação falha afastada pelos julgadores técnicos nas maiorias dos casos apresentados ao Tribunal Profissional.

Por oportuno, destaca-se que o julgamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina da Paraíba em muito se assemelha com a análise desenvolvida pelo Tribunal de Justiça da Paraíba nos acórdãos referenciados em tópico anterior, já que demonstram uma apuração pautada na constatação técnica do erro médico, verificando objetivamente se a atuação profissional foi falha ou se o médico atuou dentro dos padrões técnicos esperados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Conselho de Medicina foi instituído com o objetivo de zelar pelo bom prestígio da prática médica, bem como por seu exercício conforme os padrões éticos estabelecidos. Isto posto, esta autarquia federal possui com uma de suas grande finalidades a atividade fiscalizadora e julgadora da classe médica, direcionando sua atuação para o incentivo ao cumprimento do Código de Ética Médica, diploma que dispõe sobre os princípios basilares para o exercício da medicina.

Diante de tal fato, destaca-se que a atuação deste Conselho Profissional é regimentada por lei, já que este exerce atividade delegada pelo poder público, sendo sua atuação delimitada pelos princípios do direito administrativo, dentre eles o Princípio da Legalidade. Logo, a fiscalização da atividade profissional é realizada a partir da observância das diretrizes impostas pelo Código de Ética Médica-CEM, sendo a aplicação de penalidades processada conforme rito estabelecido pelo Código de Processo Ético-Profissional - CPEP.

Isto posto, pode ser conceituada como infração ética-profissional o descumprimento das orientações impostas pelo CEM e pelo Conselho Federal e Conselho Regional de Medicina, merecendo ressalva o erro médico, em virtude da vulgarização errônea do termo e da sensibilização social provocada pela mídia. Tal infração, porém, apenas se constitui quando o profissional médico atua com imperícia, imprudência ou negligência, causando lesão ao paciente.

Em continuação, para que fosse possível a compreensão do processamento administrativo do erro médico, fez-se necessário o destrinchamento de seu conceito a partir da perspectiva administrativa, civil e penal, bem como da responsabilização impostas pela concretização e tal infração. Assim, demonstrou-se que o médico durante o exercício de sua função tem obrigação de meio, sendo imputado a necessária utilização de todas as técnicas e de toda diligência necessária para a prestação de um atendimento técnico de qualidade, lastreado em princípios éticos.

Neste contexto, restou comprovado que o médico em sua atuação individual não pode ser responsabilizado pelo resultado obtido após o procedimento, pois a medicina lida com circunstâncias de risco, muitas vezes imprevisíveis e inevitáveis, sendo incabível impor ao médico a responsabilização pela vida do paciente, já que a possibilidade de óbito ou insucesso em procedimentos faz parte da realidade médica.

Assim, embora seja indiscutível os riscos atrelados à atividade médica, em virtude do objeto de trabalho, é necessário compreender que a atividade médica visa minimizar os danos já sofridos pelos pacientes, sendo demasiadamente oneroso ao profissional ser sua atividade tida como atividade fim, já que este não pode controlar as incertezas advindas da fragilidade humana.

Tem-se, então, como necessário para a responsabilização profissional observar se o médico atuou fora dos padrões técnicos estabelecidos, verificando, para a constatação do erro médico, se houve dano ao paciente resultante de uma conduta culposa. Sob a análise da responsabilização subjetiva, para a ocorrência da responsabilização profissional, seria necessário observar se o médico foi negligente ao deixar de realizar ação que constituía um dever, imprudente ao ultrapassa os limites da segurança e realiza ato que não deveria ser feito ou imperito ao atua com imperfeição por falta de conhecimento de técnica específica.

Por outro lado, também deverá ser verificado se houve dano ao paciente e se este é oriundo do serviço médico realizado. A conexão lógica existente entre o ato e o resultado advém da imprescindibilidade do nexos de causalidade entre o dano e conduta lesiva, ou seja, precisa ser comprovado que sem o erro na atuação médica, a lesão não iria ter ocorrido.

Neste desiderato, tem-se que o nexos de causalidade também deverá ser demonstrado para que ocorra a responsabilização penal do médico infrator. Assim, deve ser vislumbrada uma ação ou uma omissão juridicamente qualificada que tenha sido responsável pelo dano. Logo, o erro médico será responsabilizado pelo fato lesivo ocasionado, a partir de uma análise concreta do caso criminal.

Ainda deverá ser observado se esta lesão adveio de uma ação ilícita, ou seja, foi de encontro à imposição normativa; foi resultante de uma conduta culpável por promover um juízo de reprovação social; e se a conduta pode ser imputada ao agente por este ter conhecimento de sua ilicitude.

Feitas tais considerações, tem-se a configuração e o processamento do erro médico nas vias administrativas ocorre a partir da infração à vedação imposta pelo artigo 1º do CEM, o qual proíbe que a atuação médica cause dano ao paciente em virtude da atuação negligente, imperita ou imprudente. Desta feita, o Código de Processo Ético-Profissional – CPEP é o instrumento que possibilita a reparação do direito violado, vez que estabelece o rito necessário para o processamento e

apuração da infração ética no âmbito administrativo em parâmetros semelhantes ao processo judicial comum.

Neste contexto, o contencioso ético-administrativo é constituído a partir do preenchimento de dois polos processuais, o denunciante e o denunciado, com o recebimento da denúncia de infração ética pelo Conselho Regional de Medicina. Feito isto, passa-se a fase de sindicância, para apuração da autoria e existência de infração, e, após deliberação da Câmara de Sindicância, se forem constatados elementos suficiente para se vislumbrar uma possível infração, inicia-se o Processo Ético-Profissional.

Tem-se, então, que o processamento administrativo do erro médico em muito se assemelha ao realizado pelo judiciário, em virtude de sua sistemática para apuração dos fatos, instrução probatória, apresentação de defesa e julgamento. Visualiza-se, ainda, a presença dos princípios processuais essenciais, como a legítima defesa e o contraditório, sendo inteiramente observadas as disposições presentes no Novo Código de Processo Civil, inclusive o instituto da defensoria dativa.

Em continuação, foi possível sedimentar o estudo doutrinário realizado sobre o erro médico e a infração ética-profissional a partir da análise dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, vez que se constatou a aplicação prática dos institutos das responsabilidades civil e penal, com observância a apuração técnica dos fatos. Constatou-se ainda, que, embora haja grande sentimentalismo atrelado à delicadeza do objeto da ação, isto é, a lesão à integridade física ou a perda de uma vida humana, os acórdãos estudados demonstraram que o judiciário paraibano compreende o anseio social pela efetivação da justiça, mas também ressalta que a reclamação precisa ser analisada com ressalvas e com aparato de um estudo técnico, vez que o denunciante encontra-se em estado emocional frágil.

A fragilidade emocional do denunciante também foi um fato observado durante a análise dos julgados administrativos, vez que é notória a discrepância apresentada entre o número de sindicâncias apreciadas e o número de sindicâncias efetivamente processadas, visto que o ato de arquivamento ocorre apenas a quando a Câmara de Sindicância constata a inexistência de indícios de infração ética e, por consequência, erro médico.

Além disso, quanto aos Processos Ético-Profissionais julgados, é imprescindível destacar que análise destes é realizada por um colegiado de

médicos, o que induz afirmar que há grande enfoque as questões técnicas atreladas ao exercício da medicina. Por logo, os julgadores dominam os conceitos que distinguem a infração ética-profissional e o erro médico do acidente imprevisível, do mal incontrolável e do resultado indesejado, e esta análise pormenorizada da atuação profissional resulta, conforme se observa pela atuação do CRM/PB, em um alto índice de absolvição.

Assim, é possível afirmar que a atuação do Conselho de Medicina, quanto ao processamento administrativo do erro médico, em muito se assemelha a atuação do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, não só pelo rito utilizado, mas também pelo enfoque concedido à análise do erro médico sob a perspectiva técnica, filtrando a trazida ao caso pela parte autora.

Logo, constatou-se que os números crescentes atrelados à denúncia do erro médico não são suficientes para provocar alardes sobre a qualidade do serviço médico prestado, vez que a deixa muitas vezes é permeada pelo transtorno emocional suportado por aqueles que sofrem com uma doença ou que tiveram um ente querido vitimado abruptamente, sem que, aos olhos leigos, fosse feito algo eficaz para sua cura. Então, com o auxílio dos dados apresentado, compreende-se que a medicina não é ciência exata e que não são raras as vezes em que, mesmo ao realizar procedimentos simples, as habilidade médicas são incapazes de prever o resultado obtido, cabendo ao órgão julgador identificar diferenciar estes casos do erro médico.

REFERÊNCIAS

ANADEM. **Erros médicos crescem 1.600% em 10 anos**. 2015. Disponível em :< <https://anadem.org.br/site/erros-medicos-crescem-1-600-em-10-anos> >. Acessada em 11 de outubro e 2018.

BEHRENS, Paulo Eduardo. **Código de Processo Ético-Profissional Médico Comentado**. Belo Horizonte: Fórum. 2010.

BERGESTEIN, Gilberto. **A informação na Relação Médico-paciente**, 1ª ed. São Paulo: Saraiva. 2013.

BIANCHINI, Alice; MOLINA, Antonio García-Pablos de; GOMES, Luiz Flávio. **Direito penal. Introdução e princípios fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal Comentado**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva. 2015.

BONFIM, Edilson Mougenot; CAPEZ, Fernando. **Direito Penal: parte geral**. São Paulo: Saraiva, 2004.

BORGES, Gustavo. **Erro Médico nas Cirurgias Plásticas**. São Paulo: Atlas. 2014.

BRASIL. **Código Civil**. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acessada em 11 de outubro e 2018.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei nº 8.078, de 11 setembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acessada em 11 de outubro e 2018.

BRASIL. **Código de Processo Civil**. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm>. Acessada em 08 de outubro e 2018.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm >. Acessada em 11 de outubro e 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acessada em 09 de outubro e 2018.

BRASIL. **Decreto-lei nº 7.955 de 13 de setembro de 1945**. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del7955.htm>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

BRASIL. **Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957**. Disponível em :<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm>. Acessada em 08 de outubro e 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985**. Disponível em :<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7347orig.htm>. Acessada em 08 de outubro e 2018.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Processo Penal**. 16ª ed. São Paulo: Saraiva. 2009.

CARNELUTTI, Francesco. **Como se faz um processo**. 2ª ed. Belo Horizonte: Líder Cultura Jurídica. 2001.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Ação Civil Publica: Comentários por artigo – Lei nº 7.347**, de 24/07/85. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2005.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 31ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

CARVALHO, Matheus. **Manual de Direito Administrativo**. 4ª ed. Salvador: JusPODIVM. 2017.

CASTRO, Marcela Baudel de. **A culpabilidade no Direito Penal Brasileiro**. 2013. Disponível em: < <https://jus.com.br/imprimir/23766/a-culpabilidade-no-direito-penal-brasileiro>>. Acessada em 14 de outubro e 2018.

CFM. **Código de Ética Médica. Código de Processo Ético-profissional**. Brasília: CFM. 2010.

CFM. **Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM nº 2.145 de 17 de maio de 2016**. Brasília: CFM. 2017.

CFM. **Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM nº 2.145 de 17 de maio de 2016**. 207. Disponível em:
 <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2145> Acessada em 02 de outubro de 2018.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de Direito Civil**. São Paulo: Saraiva. 2003.

CORREIA, Martins. **Direito Penal em Tabelas – Parte Geral**. Salvador: Juspodivm. 2017

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. **Erro Médico e responsabilidade civil**. Brasília: CFM/CRM-PI. 2012.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. **Iniciação a bioética**. Brasília: CFM, 1998.

CREMESP. **Denúncia e processos: como o médico deve agir**. 2006. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=615>>. Acessada em 02 de outubro de 2018.

CRM/PB. **Histórico**. João Pessoa: Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba. 2010. Disponível em <http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20977&Itemid=23>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**, 31ª ed. Rio de Janeiro: Forense. 2018.

DIAS, José de Aguiar. **Responsabilidade Civil**. 11.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

DONNINI, Rogério. **Medicina e Direito: responsabilidade civil, judicialização da saúde, sigilo profissional, genética, violência contra a mulher e dignidade na morte. Reflexões e conferência do VII Congresso Brasileiro de Direito Médico**. Brasília: CFM. 2018.

FERNANDES, Deborah Fonseca. **Responsabilidade Civil e o princípio neminem laedere**. 2015. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=16229>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

FRANÇA, Genival Veloso de; FRANÇA FILHO, Genival Veloso de; LARA, Roberto Lauro. **Comentários ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselho de Medicina do Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense. 2010.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Manual de direito civil – volume único**. São Paulo: Saraiva. 2017.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Erro médico: à luz da jurisprudência comentada**. 2ª ed. Curitiba: Juruá. 2009.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Responsabilidade Médica – As obrigações de meio e resultado: avaliação, uso e adequação**. 1ª ed. Curitiba: Juruá. 2002.

GOMES, Júlio César Meirelles; DRUMOND, José Geraldo de Freitas; FRANÇA, Genival Veloso. **Erro médico**. 3ª ed. Montes Claros: Ed. Unimontes. 2001.

GOMES, Júlio César Meirelles. **Erro Médico: Reflexões**. Revista Bioética v.2 – n.2. Brasília: CFM. Disponível em :<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/459>. Acessada em 10 de outubro de 2018.

GOMES, Júlio César Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso de. **Iniciação à bioética**. Coordenadores Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa. Brasília: CFM. 1998.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva. 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**. Vol. 2. **Teoria Geral das Obrigações**. 14ª ed. São Paulo: Saraiva. 2017.

GRECO, Rogério. **Código Penal: comentado**. 11ª ed. Niterói: Impetus. 2017.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal: parte geral**. Rio de Janeiro: Impetus. 2002.

GRISARD, Nelson; RAMOS FILHO, Irineu. **Manual de orientação ética e disciplinar**. 2 ed. Florianópolis: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. 2000. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/regional/crmsc/manual/creditos.htm>>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

HIRONAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes. **Comentários ao Código Civil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

JESUS, Damásio. **Código Penal anotado**. 23ª ed. São Paulo: Saraiva. 2015.

LUZ, Protásio Lemos da. **As Novas Faces da Medicina**. Barueri: Manole. 2014.

LUZ, Wirlande Santos da. **Os 50 anos do CFM**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20450:os-50-anos-cfm&catid=46>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

MACHADO, Costa; CHINELLATO, Silmara Juny. **Código Civil interpretado: artigo por artigo**, parágrafo por parágrafo. 10ª ed. Barueri: Manole. 2017.

MARQUES FILHO, José. **CREMESP: uma trajetória**. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004.

MARTINS-COSTA, Judith. **Os avatares do Abuso do direito e o rumo indicado pela Boa-fé**. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em :< <http://www.fd.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2014/12/Costa-Judith-Os-avatares-do-Abuso-do-direito-e-o-rumo-indicado-pela-Boa-Fe.pdf>>. Acessada em 11 de outubro e 2018.

MEIRA, Affonso Renato. **Código de ética médica: comparações e reflexões**. São Paulo: Scortecci, 2010.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Uma introdução a Medicina**. Brasília:CFM, 2013.

MONSTESQUIEU, Charles de Secondat. **O espírito das leis**. Apresentação Renato Janine Ribeiro, Tradução Cristina Murachco. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1996.

MONTEIRO, Washington de Barros. **Curso de direito civil. Direito das obrigações**. 22 ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira. **A Medicina para Além das Normas: Reflexões Sobre o Novo Código de Ética Médica**. Brasília: CFM. 2010.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Forense. 2017.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Direito Penal**. 3ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal: parte geral e parte especial**. 7ª ed. São Paulo: Revista dos tribunais. 2011.

OJEDA, Ézio. **O erro Médico Escusável**. 2012. Disponível em :< <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/28669/artigo/o-erro-medico-escusavel> >. Acessada em 09 de outubro e 2018.

PBAGORA. **CRM-PB já registrou 100 denúncias de erros médicos este ano**. 2017. Disponível em :< <https://www2.pbagora.com.br/noticia/saude/20171201061138/crm-pb-ja-registrou-100-denuncias-de-erros-medicos-este-ano> >. Acessada em 11 de outubro e 2018.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade Civil**, 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

PESTANA, Márcio. **Direito Administrativo Brasileiro**. 4ª ed. São Paulo: Atlas. 2014.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro: parte geral**. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2013.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf>>, acessado em 04 de agosto de 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2011.

SCAVONE JUNIOR, Luiz Antônio. **Manual de Arbitragem, Mediação e Conciliação**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense. 2018.

SIDOU, J.M.Othon. **Dicionário Jurídico-Academia Brasileira de Letras Jurídicas**, Dicionário Jurídico. Rio de Janeiro: Forense. 1994.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de Direito Processual Civil – Teoria Geral do direito processual civil, processo de conhecimento e procedimento comum**. Vol. I. 58^a ed. Rio de Janeiro: Forense. 2017.

TJPB. **Apelação Civil nº 0070914-92.2012.815.2001**, julgada em 03 de julho de 2018. Disponível em :< <http://tjpb-jurisprudencia-dje.tjpb.jus.br/dje/2015/10/13/74af843c-94d6-43d6-a4db-1bebbd6b58ff.pdf> >. Acessada em 20 de outubro e 2018.

TJPB. **Apelação Criminal nº 0007245-84.2013.815.0011**, julgada em 01 de fevereiro de 2018 Disponível em :< <http://tjpb-jurisprudencia-dje.tjpb.jus.br/dje/2018/2/6/cb2f569c-4370-4827-886b-2973646d0a23.pdf>>. Acessada em 20 de outubro e 2018.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Código Civil interpretado**. 3^a ed. São Paulo: Atlas.2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. PIERANGE, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro - parte geral**.6^a ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2006.



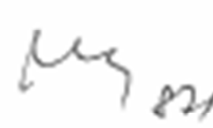
ANEXO I



CRM-PB

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PEDIATRIA DO ESTADO DA PARAÍBA

PROTOCOLO CRM-PB Nº 3220 /2018

DATA	DESPACHO
<u>26</u> / <u>06</u> /2018	to Senhor Presidente. Maíra Kelly
<u>26</u> / <u>6</u> /2018	de acordo,  João Gonçalves da Silva, Filho Presidente
<u>26</u> / <u>6</u> /2018	De acordo  
<u>27</u> / <u>06</u> /2018	Desafogado a requerente. Maíra Kelly
___ / ___ /2018	
___ / ___ /2018	
___ / ___ /2018	



CRM-PB
Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba

João Pessoa, 26 de junho de 2018.

Ao: Excelentíssimo Presidente do CRM/PB

Dr. João Gonçalves de Medeiros Filho

Eu, **SAMANTHA CAVALCANTI COSTA QUEIROZ**, venho, mais respeitosamente, perante Vossa Senhoria expressar minha intenção em realizar Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "O papel dos Conselhos de Medicina no controle da atuação ética-profissional do médico frente à prevenção do Erro Médico: estudo de caso realizado a partir da análise dos Processos Éticos Profissionais em tramitação no CRM/PB".

O estudo em tela visa demonstrar a essencialidade da atuação dos Conselhos Regionais de Medicina na prevenção à infração ética, bem como ao erro médico. Logo, além de explanação dos conceitos atrelados ao tema, objetiva-se a produção de dados estatísticos das especialidades envolvidas no erro médico, bem como das penalidades impostas e dos índices de reincidência dos PEP's julgados pelo CRM/PB.

Isto posto, solicito autorização de Vossa Senhoria para acessar dados referentes às Sindicâncias e aos Processos Éticos Profissionais deste Regional, além de materiais didáticos pertencentes ao acervo do CRM/PB.

Em oportuno, comprometo-me, desde já, em realizar tal estudo com total observância ao sigilo inerente ao trato com tais informações.

Atenciosamente,


SAMANTHA C.C. QUEIROZ
Estagiária – Procuradoria CRM-PB

Conselho Regional de Medicina
CRM - PB
Data: 26/06/2018
Protocolo sob nº 3370/2018
Funcionário Responsável:
Flávia Luiza Abreu Oliveira
Assistente Administrativo
CRM - PB